

Татьяна Корнилова, Елена Григоренко,
Сергей Смирнов

ПОДРОСТКИ ГРУПП РИСКА

ПИТЕР®

Москва • Санкт-Петербург • Нижний Новгород • Воронеж
Ростов-на-Дону • Екатеринбург • Самара • Новосибирск
Киев • Харьков • Минск
2005

2

*Корнилова Татьяна Васильевна,
Григоренко Елена Леонидовна, Смирнов Сергей Дмитриевич*

ПОДРОСТКИ ГРУПП РИСКА

Серия «Практическая психология»

Главный редактор	<i>Е. Строганова</i>
Заведующий редакцией	<i>Л. Винокуров</i>
Руководитель проекта	<i>Е. Цветкова</i>
Литературный редактор	<i>Е. Трофимов</i>
Художник	<i>С. Маликова</i>
Корректоры	<i>Л. Комарова, Н. Сулейманова</i>
Верстка	<i>М. Мышкина</i>

ББК 88.836 УД 159.922.7-053.7

Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д.

К 67 Подростки групп риска. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.: ил. — (Серия «Практическая психология»).

ISBN 5-469-00087-7

В книге излагаются результаты психологического обследования подростков трех групп: лиц с психиатрическим диагнозом, совершивших правонарушения (включая подгруппу без правонарушений); лиц, характеризующихся делинквентным поведением (группа риска), и обычных школьников, на которых

школьные психологи обратили внимание по тем или иным причинам (симптоматика школьной дезадаптации или эмоциональные поведенческие проблемы).

Полученные авторами данные позволяют конкретизировать виды и уровни признаков психологического неблагополучия подростков, определяемых внешними и внутренними условиями развития.

Книга рекомендуется всем исследователям и практикам, для которых насущной задачей является разработка психологического инструментария диагностики особенностей «трудных» подростков и подростков с асоциальным поведением. В первую очередь она будет интересна психологам, психиатрам, юристам, педагогам и социальным работникам.

© ЗАО Издательский дом «Питер», 2005.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 5-469-00087-7

Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.

ООО «Питер Принт», 194044, Санкт-Петербург, пр. Б. Сампсониевский, 29а.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 95 3005 — литература учебная.

Подписано в печать 23.07.04. Формат 60×90/16. Усл. п. л. 21.

Тираж 4000. Заказ № 1023.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «Типография Правда 1906».

195299, С.-Петербург, Киришская ул., 2.

3

Содержание

Предисловие	5
Глава 1. Психологические особенности подростков с отклоняющимся поведением	11
Проблема различения форм и источников отклоняющегося поведения в подростковый период и в ранней юности	11
Различия в подходах к диагностике поведенческих отклонений в отечественных и зарубежных исследованиях	18
Один из зарубежных подходов к анализу соотношения противоправного поведения и диагностики психопатии	28
Сопутствующие переменные при синдроме расстройства поведения	32
Глава 2. Выборки и методические средства	41
Испытуемые и схема обследования	41
Процедура обследования и характеристика использованных методик	45
Схема обработки данных	50
Глава 3. Основные эффекты факторов возраста и принадлежности к группе	52
Результаты анализа влияния демографических переменных «Принадлежность к группе» как основной фактор различий в психологическом профиле подростков	52
Сопутствующие переменные	68
Обсуждение установленных различий между группами подростков	75
Глава 4. Факторы внешних условий как детерминанты психологического неблагополучия и поведенческих нарушений	79
Влияние нарушений социальной экологии (как условий жизни) на психологические особенности подростков	79
Результаты влияний факторов семейного неблагополучия	81

Заключение	100
Глава 5. Результаты обследования подростков с установленным психиатрическим диагнозом	101
Особенности выборки подростков с психиатрическим диагнозом	101
Влияние факторов <i>начало заболевания и диагноз</i>	105
4	
Влияние факторов социальной экологии в рамках группы психиатрических пациентов	112
Глава 6. Влияние внутренних (психопатологических) факторов в общей выборке обследованных подростков	118
Постановка проблемы	118
Результаты	120
Обсуждение результатов	125
Резюме	128
Глава 7. Синдром гиперактивности и дефицита внимания	131
Постановка проблемы	131
Результаты обследования российских подростков	135
Обсуждение результатов	138
Резюме	142
Общее заключение	143
Приложения	
Приложение 1	150
Вводное интервью (Д-ОЭРШ)	150
Опросники — «листы наблюдений»	157
Приложение 2	167
Опросник по выявлению эмоциональных расстройств и шизофрении у детей школьного возраста (6—18 лет), далее Д-ОЭРШ	167
Дополнительный завершающий опросник (приводится только для заключительной 21-й шкалы)	186
Руководство к опроснику Д-ОЭРШ	188
Правила применения вводного (неструктурированного) интервью	194
Диагностическое отборочное интервью (Д-ОЭРШ)	196
Дополнительный завершающий опросник	274
Приложение 3. Диагностические дополнения (№ 4—5)	276
Дополнение № 4. Поведенческие отклонения	276
Дополнение № 5. Употребление наркотических веществ и другие болезни	305
Литература	334

Предисловие

Излагаемое в книге исследование посвящено проблеме поиска психологических критериев возникновения у старших подростков проблем, которые способствуют попаданию их в группы трудных подростков, или группы «риска» — делинквентного и криминального поведения, т. е. риска совершения правонарушений. Тренд подростков в так называемую группу риска — та область современных реалий, которые существенно усугубились на постсоветском пространстве и поставили

страну перед фактом обострения таких социальных проблем, как детская беспризорность и усиление делинквентных форм социальной (школьной, семейной) *дезадаптации* детей в подростковом возрасте.

Психологические причины развития поведенческих отклонений часто неразрывно связаны как с нарушениями взаимосвязей с социальным окружением, так и нередко с психиатрическим неблагополучием подростков. Еще сравнительно недавно в советской психологии утверждалась позиция, согласно которой именно нарушения в системе воспитания приводят подростков в группу «трудных». Так, Д. И. Фельдштейн приводит данные о том, что изучение жизненного пути 184 бывших несовершеннолетних правонарушителей, воспитывавшихся в Душанбинской республиканской спецшколе, показало: по прошествии около 20 лет у них в 96,7% случаев не было рецидивов; 83% обзавелись семьями и имеют детей. В целом же делается вывод, что в основе «нравственной деформации их личности» лежали именно недостатки семейного и школьного воспитания. Именно поэтому трудные подростки на 2—4 года отстают по образованию от сверстников. Но «это отставание, как и деформация познавательной и других духовных потребностей, ни в коей мере не определяется психическим развитием данных детей» [Фельдштейн, 1989, с. 44].

В эпоху социального перелома, которая отличает последние десятилетия российской истории, картина связей между криминализацией в среде подростков и выраженностью у них психиатрической симптоматики достаточно изменилась, чтобы сводить все проблемы психологического неблагополучия подростков только к нарушениям воспитания. По данным отчета НИИ МВД, в период с 1989 по 1999 г.

6

количество преступлений, совершаемых подростками в возрасте 16—17 лет, возросло на 55%; количество же преступлений среди несовершеннолетних, не достигших возраста привлечения к уголовной ответственности, — на 14,6%. При этом доля несовершеннолетних с психическими отклонениями среди правонарушителей составляет примерно 50% [Гурьева, 2001]. Для профилактики противоправного поведения все более актуальной становится проблема разграничения психиатрических и психологических критериев поведенческих девиаций у несовершеннолетних.

Введение должности школьного психолога также обострило проблему психологической диагностики делинквентности подростков. При обсуждении методологических аспектов такой диагностики проблема поведенческих отклонений закономерно вводится в более широкий контекст психодиагностики отклоняющегося развития [Проблемы специальной..., 1998].

Диагностика психологического неблагополучия, способствующего делинквентному поведению, — актуальнейшая задача, предполагающая разработку специальных методик. Вместе с тем на конференции, состоявшейся в 1998 г., В. И. Лубовский констатировал, что, несмотря на прошедшие десятилетия, актуальной остается статья, опубликованная в 1968 г. А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурия и А. А. Смирновым, в которой были сформулированы методологические принципы психологической диагностики. В этой статье ставилась задача преодолеть как количественный тестовый подход к диагностике недостатков психического развития, так и упрощенный экспериментально-психологический с интуитивно-эмпирической трактовкой результатов.

По существу был открыт путь становлению новых психологических средств диагностики отклонений в развитии, но они остаются отдельными «диагностическими единицами», поэтому их разработка по-прежнему представляется весьма насущной.

Знакомство с психологическими методиками, разработанными зарубежными психологами для диагностики отклонений в развитии подростков, будет служить, как нам кажется, расширению представлений о возможных подходах к установлению психологических причин делинквентного поведения. Эти методики вносят свой вклад в современные типологии отклоняющегося развития. Хотя, несомненно, понадобятся специальное сопоставление этих операциональных средств работы с трудными подростками и возможности определения на их основе «внутреннего хода самого развития» [Выготский, т. 4, с. 268].

7

Сегодня изменяется понимание самих факторов психологического неблагополучия подростков. Отрочество и юность протекают в иных социальных условиях, чем в периоды социальной стабильности. Личностное развитие подростка может искажаться в силу несоответствия стремления к самостоятельности и отсутствия условий для реализации социально одобряемых форм жизнедеятельности, в которых эта самостоятельность может быть востребована. Социальная дезадаптация усиливается в силу существенного снижения уровня жизни многих семей (с низким социально-экономическим статусом).

Нестандартность форм поведения и трудновоспитуемость характеризует *психологическую дезадаптацию*, связываемую с половозрастными и индивидуально-психологическими особенностями ребенка, реакциями на стресс и беспомощностью перед проблемами, встающими перед ним в семье и школе. «По сути дела, речь идет о некоторых личностных психологических особенностях, затрудняющих социальную адаптацию подростков. К ним могут относиться различные акцентуации характера, неадекватное проявление самооценки, нарушение эмоционально-волевой и коммуникативной сферы, неосознаваемые регуляторы поведения, ...подсознательные комплексы, фиксированные установки, фобии, тревожность, агрессивность» [Беличева, 1998, с. 44]. Обсуждается необходимость разработки специальных психосоциальных и психолого-педагогических коррекционных программ для современных трудных подростков.

Но, к сожалению, в отечественной литературе нет работ, которые содержали бы репрезентативные данные для больших выборок, поясняющие, как в целом сегодня соотносятся у подростков психологические особенности, проявляемые в нарушениях личностного развития, и процессы опосредствованной регуляции поведения или каковы тенденции изменений в психологических процессах саморегуляции, испытывающих на себе влияния как со стороны факторов внешних условий (семьи, школы и т. д.), так и со стороны внутренних предпосылок, связанных с возможной психопатологической симптоматикой, лишь проявляющейся в поведенческих девиациях. Сложность такого анализа заключается, в частности, в том, что нарушения поведения у подростков связаны, как правило, не с одним из биологических или социальных факторов, а с их комплексом, специфическим для разных типов асинхронии развития.

В нашей работе мы исходили из предположения, что такие факторы, традиционно относимые к внешним условиям социализации, как

8

отношения со сверстниками или отношения в семье подростка, можно считать *внешними* достаточно условно, поскольку их влияние реально связано с искажениями в системах отношений, общения, взаимопонимания, самосознания подростка, что обязательно опосредствуется психологическими процессами. К *внутренним* факторам мы отнесли возможное психиатрическое неблагополучие подростка, поскольку установление психиатрической симптоматики отражает искажения внутренних условий развития и возможные предпосылки изменения в психологической регуляции поведения. В то же время рассматривать психиатрическую симптоматику только в контексте внутренних предпосылок как биологических также невозможно. За внешне схожими поведенческими отклонениями могут вскрываться и нарушения базисных процессов психологической регуляции (недостаточности волевой, эмоциональной, интеллектуальной регуляции), и нарушения психопатологического генеза. В последнем случае важно, что характер нозологической принадлежности имеет для внешних проявлений «трудного» подростка меньшее значение, чем специфичность асинхронии развития [Лебединская и др., 2000, с. 274].

Диагностическая работа психолога в области «отклоняющегося развития» предполагает разработку интегративных подходов, в рамках которых можно было бы сопоставлять психологические переменные с результатами диагностики клинических форм дизонтогенеза. Установление патопсихологической симптоматики при нарушениях поведения подростков, которые квалифицируются как *оппозиционное поведение и поведенческие расстройства*, ставит также научную проблему разграничения каузальных факторов, обуславливающих непатологические и патологические (выраженные на уровне психиатрической симптоматики) основания развития психологического неблагополучия детей и подростков и нарушений социализации в подростковом возрасте.

В одной из диссертационных работ, выполненных на эту тему в рамках психиатрических исследований, подчеркивалась противоречивость данных, рассматриваемых при выделении социальных факторов и клинической динамики патологических нарушений поведения. «Большей частью они основаны на нозоцентрическом принципе с установлением одномерных корреляций между девиациями поведения и ведущими симптомокомплексами, поэтому являются недостаточным основанием для многомерного диагностического подхода и комплексной реабилитации детей...» [Вострокнутов, 1997, с. 1].

Что касается психологических исследований, то в них гетерогенность (и гетерохронность) причин развития личностных и поведенческих отклонений признается, но редко выступает самостоятельным предметом изучения. Использование собственно психологических методик для выборок детей с установленным психиатрическим диагнозом — отдельная проблема, решению которой в отечественной психологии пока не нашлось должного места. Пограничность проблематики анализа причин эмоционального и поведенческого неблагополучия подростков и отсутствие исследований, где психологические, психиатрические, возрастные и социальные факторы необходимо учитывать в их комплексе, рассматривались нами как аспект не только актуальности таких исследований, но и сложности пути, по которому должны были бы пройти психологи, выделяющие этот предмет изучения.

Трудоемкость фронтальных обследований групп подростков, характеризующихся делинквентным поведением, и проблемы проведения самостоятельных психологических исследований в условиях клиники, где с позиций психиатра психолог играет не более чем вспомогательную роль в решении диагностических задач, в определенной степени вывели обследования подростков групп «риска» с психиатрической симптоматикой из сферы научных психологических работ. Практически же направленные исследования в этой области, к сожалению, не всегда проводятся на должном уровне методического оснащения. Они чаще всего переносят неспецифические методы психологического исследования в ту область, где заведомо требуется спецификация психологического инструментария в зависимости от внешних критериев (принадлежности испытуемых к той или иной выборке) и решения проблемы репрезентативности используемых показателей.

Следует отметить также, что в самой психологии подросткового возраста существенное продвижение намечено в исследованиях, нацеленных на изучение отдельных факторов, например тревожности [Прихожан, 2000], либо отдельных проблем, например источников развития агрессии. Но не представлены комплексные исследования, которые учитывали бы как многообразие психологических переменных в динамике нарушений поведения (включая дифференциацию патологически обусловленных форм), так и их роль в изменении поведения российских подростков с обсуждаемым сегодня трендом их в сторону групп риска, — риска асоциального или делинквентного поведения [Собкин, Кузнецова, 1998].

10

Отдельная задача — изучение факторов психологического неблагополучия подростков в условиях социальной нестабильности. Ее решение требует смены исследовательской парадигмы на парадигму *обследования* — выяснения актуального состояния и различий в психологическом статусе детей разных возрастных групп, а также характеризующихся и не характеризующихся делинквентным или криминальным поведением. Именно такая постановка задачи позволила нам обосновать и получить грант на обследование групп российских подростков от Международного фонда поддержки гражданских исследований. Работа была проведена нами совместно с американской стороной, которую представляли научные сотрудники Йельского университета Е. Григоренко (соруководитель с американской стороны) и А. Картер. Соруководитель проекта с российской стороны — С. Д. Смирнов (зав. кафедрой педагогики, психологии и методики преподавания в высшей школе, факультет психологии МГУ им. М. В. Ломоносова).

Большой вклад в проведение эмпирической части работы внес кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Всероссийского Центра общей и судебной психиатрии им. В. Н. Сербского А. П. Корнилов, который провел обучение исследовательского коллектива новым методикам и основную часть обследования подростков, имеющих психиатрический диагноз, совершивших правонарушения и находившихся в тот период на принудительном лечении.

С российской стороны в этом исследовании, охватившем почти 300 испытуемых, причем на 2/3 в специальных учебных заведениях и в условиях клиники, приняли участие несколько психологов, вклад которых заключался: в обследовании ряда подгрупп испытуемых — Т. Г. Богданова, В. Г. Булыгина, Т. В.

Захарченко, Н. В. Хитрова, М. В. Черний; в подготовке методического оснащения исследования — Т. В. Черний.

В обследовании школьников группы нормы приняли участие также школьные психологи г. Воронежа Н. Неделько и В. Семилеткина, целью которых было выявление детей с возможными психологическими проблемами. Отдельную благодарность мы выражаем директору специнтерната г. Москвы Николаю Руслановичу Сидорову за предоставленную возможность обследования группы подростков в опекаемом им учреждении.

11

Глава 1

Психологические особенности подростков с отклоняющимся поведением

Проблема различения форм и источников отклоняющегося поведения в подростковый период и в ранней юности

Делинквентное, т. е. отклоняющееся от общепринятых или привычных норм, поведение подростков обсуждается и с точки зрения специфичных для этого возраста проблем, и с точки зрения влияния неблагоприятных социальных условий, и с точки зрения нарушений или искажений развития, связанных с психопатологическими факторами. Социальная значимость проблемы оценки психологического и психиатрического статуса подростков с отклоняющимся поведением подчеркивается как в обобщающих работах статистического характера, так и в эмпирических исследованиях, демонстрирующих взаимосвязи отклоняющегося от социокультурных норм поведения с личностными изменениями, диагностируемыми в подростковый период и в ранней юности.

Периоды старшего подросткового возраста — 14—15 лет — и ранней юности — 16—17 лет — четко разводятся в периодизации онтогенетического развития, но обычно в работах практической направленности лиц в возрасте с 14 до 17 лет в целом называют старшими подростками, учитывая, что они несовершеннолетние и что в основном с 17 лет — возраста окончания средней школы — они начинают самостоятельную жизнь. И поэтому далее мы в нашей книге говорим в общем о подростках, имея в виду весь названный возрастной период. Выделение возрастных подгрупп (лица 14, 15, 16 и 17 лет) позволяет нам в специальной главе 2 осветить вопрос о возрастной динамике влияний внутренних предпосылок развития в трех основных

12

обследованных нами группах подростков (с разной степенью выраженности личностных и поведенческих девиаций).

В психиатрии и медицинской психологии поведенческие нарушения у подростков анализируются в рамках работ по соотносению психиатрической и психологической симптоматики, выделению уровней поведенческих отклонений (отклоняющееся, оппозиционно-протестное, девиантное, делинквентное, криминальное), установлению роли личностной патологии и социальной микросреды ребенка как факторов психического дизонтогенеза. Взаимосвязи нарушений поведенческих расстройств и личностной патологии рассматриваются более подробно в подростковой судебной психиатрии с точки зрения установления критериев вменяемости и оценки контроля подростком своих действий [Подростковая судебная..., 1998].

Наше исследование¹ было выполнено в контексте эпидемиологического обследования подростков для установления влияний внешних и внутренних факторов развития ребенка в условиях социальной нестабильности на психологические особенности, связанные с риском отклоняющегося поведения. В последующих главах представлены его общая структура и результаты, позволяющие осветить следующие проблемы.

Первая — это проблема психологических критериев искажений развития подростка, различения возрастных девиаций и отклонений в развитии, связанных с психопатологической симптоматикой. В. Лебединским при классификации форм *психического дизонтогенеза* выделяется такая форма дисгармонического развития, для которой характерна диспропорциональность развития психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Сюда относятся, в частности, ряд психопатий, когда у ребенка или подростка наблюдаются расстройства поведения, а неадекватность реакций и нарушения приспособляемости к среде связаны преимущественно с социальными факторами как условиями воспитания [Лебединский, 1985, с. 33]. Отклонения в поведении могут отражать как задержку умственного развития и педагогическую запущенность, так и нарушения личностного развития подростка.

Только «анализ индивидуального случая» как метод, соединяющий цели исследования и обследования, может дать конкретную картину соотношения факторов психологического неблагополучия подростка. Фронтальные же или выборочные обследования направлены

на решение других задач — выявление характеристик и признаков делинквентности подростков и юношей в популяциях, репрезентированных теми или иными выборками, и уточнение внешних и внутренних условий, влияющих на выраженность отклоняющегося поведения (а значит, на психологическое неблагополучие тех, кто попадает в соответствующие группы риска).

Принимая общие положения о социальной детерминации поведенческих расстройств и представленности в них деформаций личностного развития, отметим все большую *дифференциацию механизмов, связывающих их с разными каузальными факторами*. Различение этих связей очень важно для интерпретаций результатов эмпирических исследований. Так, в контрольных группах нормы — лица с типичными, не отклоняющимися формами поведения, — могут быть представлены и акцентуированные личности, и педагогически запущенные подростки. А характеристика любых поведенческих расстройств подростка в контексте его асоциальности или сведение проблемы психопатии к проблеме

социопатии (тем более сужение ее до проблемы криминальных психопатов) могут искажать интерпретационное поле эмпирических зависимостей.

В отечественной специальной литературе указывается, что «показателем начала психогенного развития у подростков следует считать присоединение к психогенной симптоматике личностных изменений» [Подростковая судебная..., 1998, с. 228]. Но расстройства поведения сами по себе не обязательно являются клиническим симптомом. *Непатологические* формы поведенческих отклонений, или возрастных девиаций, связаны с отрицательно влияющими социально-психологическими факторами, т. е. с нарушениями социальной экологии среды, в которой развивается подросток. Такое *девиантное* поведение проявляется в семейной и школьной дезадаптации, трудностях в общении. В международной классификации эти виды девиаций наряду с вызывающим, провокационным, агрессивным поведением, при котором, тем не менее отсутствуют асоциальные действия как нарушающие закон и права других, помещены в раздел «поведенческие расстройства».

Второй проблемой оказывается, таким образом, квалификация форм отклоняющегося поведения, причем с точки зрения психологических симптомов разных типов внутреннего неблагополучия, отражаемого внешне в поведенческих расстройствах разных вида и уровня.

Делинквентное поведение выделяется именно по своей асоциальной направленности, стойкости и стереотипности действий, которые

14

могут быть квалифицированы как «допреступные», но пока не влекущие за собой уголовной ответственности подростка. Подростки, совершившие правонарушения, не обязательно характеризуются стойким делинквентным поведением. Следовательно, к группе *риска делинквентного поведения* обычно относят те случаи, когда делинквентное поведение повторяющееся, асоциальное, а также и такие случаи, когда наряду с совершением правонарушений установлен диагноз «расстройства поведения». Психологической характеристике подростков с делинквентным и девиантным (как отклоняющимся от социокультуральных норм) поведением и было посвящено наше исследование.

Третьей мы назвали бы проблему выявления у подростков групп риска сопутствующих изменений *психопатологического* и *непсихопатологического* генеза. Если первые отражают развитие *психиатрической симптоматики*, то вторые могут быть связаны с особенностями возрастной динамики личностного развития подростка. Учитывая особенности переходного возраста, психологические последствия пубертатного кризиса, можно ожидать симптоматику *психического дизонтогенеза* и искажений личностного развития, которые сопутствуют поведенческим девиациям.

Эмпирические исследования последних лет, выполненные на подростковых выборках, обострили постановку проблемы сопутствующих личностных расстройств (иногда называемых *коморбидными* при анализе расстройств поведения). Они диагностируются как у подростков-правонарушителей, так и у подростков — пациентов психиатрических клиник [Frick, 1999; Гиндикин, Гурьева, 1999].

Непатологические формы дизонтогенеза в подростковом и раннем юношеском возрасте связаны в первую очередь с действием факторов нарушенной социальной

экологии; из личностных свойств здесь прежде всего следует назвать появление психопатических черт, тревожности, агрессии, нарушений общения.

Патологические формы, напротив, связываются с действием «патологических, преимущественно биологических, факторов, сопровождающихся развитием психопатологических расстройств» [Подростковая судебная..., 1998, с. 101]. Важно также отметить, что у подростков-правонарушителей психиатрическая симптоматика чаще всего обнаруживается наряду с проявлениями семейно-педагогической и социальной запущенности, школьной дезадаптации и личностных изменений. То есть указать чистые случаи психопатологически обусловленных поведенческих расстройств практически очень трудно.

15

Проблема влияния развития *психопатических* личностных черт на поведенческие расстройства — это более частный случай определения психологических факторов их генеза. В отечественной подростковой психиатрии диагностика психопатических личностных свойств относится к более поздним возрастным периодам, чем возраст, характеризующийся пубертатным кризисом.

Считается, что диагностика такого личностного расстройства, как психопатия, возможна только с 16—17 лет; возникает оно в позднем детстве или в подростковом возрасте, но в силу возрастных девиаций и в связи с клинической «недооформленностью» трудно выделяется при анализе недостаточно сложившихся личностных структур. Для постановки такого диагноза характерные переживания и типы поведения должны отклоняться от культуральных норм более чем в одной из следующих сфер:

- 1) когнитивной (интерпретация предметов, событий, людей, образа Я);
- 2) эмоциональной (интенсивность, диапазон и адекватность реакций);
- 3) контроля влечений;
- 4) отношений с другими людьми [Гиндикин, Гурьева, 1999].

Недостаточная адаптированность обнаруживается при этом в широком спектре личностных реакций и социальных ситуаций, поведение лишено гибкости, поведенческие девиации стабильны и неблагоприятно воздействуют на социальное окружение.

Особенности клинических вариантов психопатий не могут нами здесь обсуждаться, так как требуют учета их связи с клиническими критериями [Личко, 1983]. Но следует отметить, что в качестве психологической симптоматики та реальность, которая называется психопатическими личностными чертами, узнаваема и вне применения психиатрических классификаций. Так, для возрастных границ 10—17 лет П. Фрик [1999] связывает психопатические черты с проявлениями бездушия и неэмоциональности; в общий с ними кластер попадают и поведенческие отклонения, включая агрессию, а также факторы «серьезной семейной истории», криминального или антисоциального поведения ближайшего окружения. Но этот же автор излагает более дифференцированную картину связей разных форм поведенческих девиаций с началом заболеваний, выделяя подростковое начало как более благоприятное для последующего снятия *риска делинквентного поведения и* меньшей вероятности *психопатологических изменений*.

16

Психологами обсуждается сегодня также возможность рассматривать психопатии как фокусируемые не вокруг патологических синдромов, а вокруг нормы [Петров, 1999]. Поэтому соотнесение симптомов поведенческих расстройств с психологическими особенностями подростков должно касаться сопоставления групп риска и групп нормы, а необходимость разводить непатологические и патологические симптомы, связанные с делинквентным поведением, требует также сопоставления с подростками, имеющими статус *психиатрических* больных. Только при такой организации исследования возможно обсуждать направленность влияний социальных факторов, а точнее нарушений социальной экологии как внешних условий развития, в разной степени влияющих на поведенческие девиации.

Так или иначе сформулированные запросы к психологу, который должен описать психологические особенности подростка с точки зрения соотношения возрастных девиаций поведения и расстройств поведения, каузально связанных с психологическим и психиатрическим неблагополучием, остаются плохо подкрепленными методическим арсеналом, который был бы направлен на диагностику психологических оснований риска делинквентного поведения (как крайней формы отклоняющегося, когда девиации, множимые в условиях пубертатного криза, приобретают форму асоциального поведения, а не только свидетельствуют о диспропорциональном развитии психики). Таким образом, подчиненной задачей стала апробация новых для российских психологов методических средств, которые направлены на диагностику не только поведенческих расстройств, но и той внутренней психологической симптоматики, которая свидетельствует о неблагополучии развития подростка, наличии проблем адаптации к социальному окружению, нарушениях самоконтроля, эмоциональной сферы и иных расстройствах, выступающих внутренними, диспозициональными предпосылками попадания подростка в группу риска, — риска делинквентного поведения.

В данной работе мы не останавливались на такой важной проблеме, как определение глубины поведенческих расстройств; в этом вопросе мы следуем различиям в симптоматике, заданной критериями оппозиционного и делинквентного поведения автором первой из выбранных нами методик, а также учитываем, что в двух основных методиках (полуструктурированное интервью *K-SADS* и *check-list* Т. Ахенбаха) термином делинквентного поведения охватывались как патологические, так и непатологические формы его проявления, в разной степени акцентируемые этими методиками.

Полное название методики *K-SADS — Kiddi-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6—18 Years)* — демонстрирует ее направленность на диагностику симптомов эмоциональных и поведенческих расстройств у детей в возрасте от 6 до 18 лет. Шкалы методик описаны нами в отдельной главе, посвященной представлению инструментария исследования.

Отдельной проблемой стоит обнаружение связей социальных факторов развития подростка и психиатрической симптоматики при демонстрации делинквентного поведения психически нездоровым подростком. В специальной главе мы обсудим более детально полученные нами результаты в аспектах как сравнения групп, так и роли установления разных диагнозов. Сейчас подытожим общие цели, определившие структуру представляемой в данной книге работы.

1. Общей задачей было выявление психологических особенностей у групп российских подростков, характеризующихся наличием и отсутствием *поведенческих отклонений* в соответствии с внешними критериями и при возникновении поведенческих проблем, диагностируемых с помощью ряда психологических методик. Для этого необходимо было провести обследование подростков, попавших в группы риска и находящихся в соответствующий момент под наблюдением в психиатрической клинике. Установление влияния фактора «принадлежности к выборке» подростков — обучающихся в обычных школах, отнесенных к группе риска делинквентного поведения и проходящих лечение в психиатрических клиниках — на психологические показатели методик, включающих шкалы отклоняющегося поведения и в разной степени ориентированных на норму или клинические критерии.
2. Целью анализа вариабельности психологических переменных в этих группах было выявить значимые сопутствующие переменные, сопровождающие выраженность поведенческих расстройств и отражающие психологическую и психиатрическую симптоматику психического дизонтогенеза у подростков группы риска и группы пациентов психиатрической клиники (далее психиатрической выборки). Важно, что работа выполнялась также с целью *эпидемиологического* обследования подростков. Это означало, что мы не должны были специально подбирать группы, чистые с точки зрения нозологической принадлежности или характеристик делинквентного поведения. Необходимо было фронтально продиагностировать тех

подростков, кто реально находился в соответствующих (заданным внешним критериям) учреждениях или в клинике (в нашем исследовании это подростки, находившиеся на принудительном лечении), что заведомо предполагало ориентировку на наличный состав испытуемых в ограниченные временные рамки (зима 1998—1999 гг.).

3. Апробация новых для отечественных исследований методик служила, на наш взгляд, важной целью не только на пути сближения критериев анализа у психиатров и психологов, анализирующих психологические особенности подростков, но и на пути включения исследований российских подростков в рамки нормативов, которым соответствуют современные зарубежные исследования на эту тему. Одновременно мы расширяли тот методический арсенал, которым может воспользоваться отечественный исследователь. Все предоставленные нам и апробированные методики приводятся в приложениях.

На самом деле наше исследование включало элементы как статистического обследования (так, в психиатрической выборке распределение испытуемых по разным нозологическим группам определялось фактором места и времени тестирования — детской психиатрической больницей № 5 г. Москвы), так и корреляционного подхода. В разных схемах обработки данных предполагалось выявить взаимосвязи переменных психологического и психопатического неблагополучия. По результатам направленных бесед нами реконструировались также факторы социального неблагополучия подростков (в том числе факторы семейной экологии), которые рассматривались как качественные переменные, задающие направления влияний внешних условий жизни подростка на измеряемые психологические переменные.

Различия в подходах к диагностике поведенческих отклонений в отечественных и зарубежных исследованиях

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) расстройства поведения оцениваются как гетерогенные, их симптомы отличают от симптомов патологических состояний и нарушений психологического развития. При анализе психологических коррелятов, каузально связываемых с теми или иными поведенческими отклонениями (где «расстройства поведения» — лишь один

19

из симптомокомплексов), исследователи разных стран сталкиваются с проблемой различия классификационных критериев.

Различия в классификационных подходах к диагностике психопатий у подростков были проанализированы А. Е. Личко [1983].

Во-первых, А. Е. Личко отмечал, что термин «психопатии» не принят Американской психиатрической ассоциацией, а в психиатрической англоязычной литературе соответствующий контингент пациентов обозначается как страдающий «расстройствами личности». К этому более широкому классу относились и больные с психопатоподобной и даже простой формой шизофрении. С введением новой многоосевой классификации — *DSM-III (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* — Диагностическое и статистическое руководство, выпущенное Американской психиатрической ассоциацией) — расстройства личности были выделены в отдельную ось II, что приблизило критерии диагностики психопатий к сформулированным П. Б. Ганнушкиным и О. В. Кербиковым.

Во-вторых, обсуждалось уточнение временных рамок постановки диагнозов. Правомерность утверждения о возможности идентификации «расстройств личности» только после 18 лет обосновывалась тем, что соответствующие нарушения поведения, наблюдаемые в подростковом возрасте, часто смягчаются или исчезают в более старшем возрасте. Однако, по данным А. Е. Личко, стойкая социальная адаптация при повзрослении — после постановки диагноза психопатий в подростковом возрасте — наблюдалась лишь в 12% случаев. Это делает неоправданным завышение возрастных рамок постановки соответствующего диагноза.

Как показывает монография П. Фрика, обобщившая имевшиеся к 1999 г. в англоязычной литературе данные о психологическом и психиатрическом неблагополучии детей и подростков в западных странах, наиболее серьезные последствия — для последующей диагностики поведенческих расстройств — имеют именно более ранние (диагностируемые в 9—12 лет) симптомы эмоционального неблагополучия. Этот автор предложил методику их диагностики (с общим индексом «психопатии») уже с младшего подросткового возраста [Frick, 1999].

Кроме того, необходимо учитывать несоответствие паспортного и психологического возраста подростков, а также важность решения прогностической задачи при дифференцировке устойчивых и преходящих расстройств социальной адаптации.

20

Диагностика акцентуаций характера позволяет решать соответствующие диагностические и прогностические задачи в более раннем — подростковом и

детском — возрасте. Так, *оппозиционное* и *пассивно-агрессивное расстройство* можно диагностировать в возрасте от 3 до 18 лет. Сниженными должны полагаться и возрастные рамки установления *поведенческих* и *асоциальных расстройств*. Используемая в СССР диагностика нарушений поведения в детстве основывалась на не совпадающих с представленными в американской психиатрии критериями поведенческих расстройств.

Эти критерии предполагали выделение социализированного и не социализированного, агрессивного и неагрессивного поведения. *Не социализированные* расстройства характеризовались трудностями в установлении контактов, поддержании отношений со сверстниками, привязанностей, отсутствии чувства вины. При *социализированных* расстройствах привязанность относится к «своим», своей компании, при отвержении «чужих» и отсутствии к ним сострадания. Включенность в подростковые банды и ограниченность правонарушений их деятельностью характеризует социализированные расстройства. *Неагрессивные* формы поведенческих расстройств включают «постоянные прогулы, безделье, побеги из дома, бродяжничество, выпивки, употребление наркотиков, воровство (без нападения на жертву)» [Личко, 1983, с. 117]. При *агрессивных* расстройствах наблюдается жестокость по отношению к другим, грабежи, налеты, вандализм, нанесение телесных повреждений (вплоть до убийства).

Однако в последние годы именно в американской психиатрии наметились изменения в сторону более ранней диагностики поведенческих расстройств у детей и подростков, причем именно в ориентировке на прогностическую и коррекционную функции постановки диагноза. Об этом свидетельствует и названная книга П. Фрика. Приведем представленные в ней основания классификации «расстройств поведения», учитывающие ориентировку на симптомы, заданные в *DSM-IV*. Соответствующие шкалы для диагностики этих расстройств даны в приложении, включающем использованную в нашем эмпирическом исследовании методику полуструктурированного интервью *K-SADS*.

Три компонента классификаций представляются, по мнению П. Фрика, достаточно общими. Первый означает спецификацию тех форм поведения, которые входят в симптоматику расстройств поведения. Индикация этих форм обычно не бывает проблемой. Но в последние десятилетия изменилось (расширилось) понимание той психологической сферы, которая сюда включается. Например, раньше расстройства поведения,

21

невнимательность и гиперактивность подростка рассматривались как частные проявления более общей сферы «разрушающего поведения». Однако исследования последних десятилетий позволили установить, что поведение, ассоциируемое с СДВГ — синдромом дефицита внимания и гиперактивности, — и формы поведения, ассоциированные с симптомом «расстройства поведения», представляют отдельные поведенческие сферы с различными клиническими характеристиками.

Второй компонент в большинстве диагностических критериев предполагает спецификацию метода, позволяющего определить, насколько выраженными (тяжелыми) должны выглядеть симптомы, чтобы рассматривать их как патологические расстройства. При любых методах различие между нормальными и аномальными паттернами поведения будет неточным и произвольным.

Третий компонент — это определение подтипов расстройств. Значимыми подтипами признаются такие, для которых могут быть указаны каузальные факторы, вовлеченные в развитие расстройства или болезни, а также те, которые могут характеризоваться различными «выходами», или результатами при использовании различных методов лечения. Здесь наиболее важно выделение двух подтипов поведенческих расстройств. Это *оппозиционное неповинующееся поведение* (оппозиционно-протестное, или ОПП) и собственно *расстройства поведения* (РП).

Возраст ребенка, у которого диагностируются эти симптомы, а также знание асимметрии развития этих типов расстройств существенны для прогноза. Симптомы ОПП обычно предшествуют развитию РП-симптомов, и большинство детей с диагнозом «расстройства поведения» имеют также ООП. Оба типа симптомов высоко коррелируют с низким социоэкономическим статусом семьи, антисоциальным поведением родителей, криминализацией и нарушением родительских «практик воспитания». Этот позволяет многим исследователям аргументировать оба вида симптомов как проявление одной и той же психологической реальности делинквентного поведения. Однако этого нельзя делать, если учитывать клиническую картину их взаимосвязи в развитии ребенка.

Многие дети с ОПП (так называемый *детский тип* начала заболевания) не демонстрируют в последующем более тяжелых симптомов РП. Детский тип начала симптоматики РП, при котором обычно устанавливается и ОПП, представляет собой более плохой вариант развития именно с точки зрения прогноза. При *подростковом начале* возникновения

22

РП прогноз их коррекции и последующего исчезновения (в постпубертатный период) более хороший. Отмечено, что многие мальчики с подростковым типом начала РП не демонстрируют ОПП как предвестника развития РП.

Итак, различие в траекториях развития двух типов расстройств позволяют говорить об их асимметричном клиническом значении. Это же позволяет предполагать различие каузальных факторов, лежащих в основе указанных двух типов поведенческих расстройств.

Представим теперь другую, не менее важную линию анализа классификационных подходов в американских исследованиях. Это так называемый мультивариативный, или эмпирический, подход, обоснованный в работах Т. Ахенбаха. Разработанная им методика также была использована в нашем исследовании и приводится в приложении. Первое отличие этого подхода — сравнение паттернов поведения не с клиническими расстройствами, а с нормативными примерами. Второе заключается в том, что индикация расстройств поведения строится на выявлении ковариаций между разными поведенческими проявлениями. Использование средств факторного анализа позволяет выделить паттерны поведенческих проблем, которые, однако, зависимы от использованных выборок. Поэтому авторы провели факторный анализ на основе данных в расширенных (кросс-национальных) выборках.

Это исследование охватило 8124 человека (американские и датские подростки). Были выделены два измерения поведенческих проблем (табл. 1.1). Первое соответствует ОПП *DSM-IV*, но включает также *мягкое агрессивное поведение* (запугивание, задиранье, драчливость). Второе измерение

соответствует неагрессивным симптомам РП, а также включает употребление запрещенных веществ и ассоциирование с делинквентными компаньонами.

Таблица 1.1

Два подхода к определению подтипов расстройств поведения, основанных на ковариации между симптомами

Измерение поведенческих проблем согласно результатам факторного анализа	Измерение поведенческих проблем на основе метаанализа предыдущих факторных анализов
Агрессивные	<i>Оппозиционное (overt-недеструктивные)</i>
Требуют внимания	Злобно-негодующие
Непослушные дома	Задирают других

23

Измерение поведенческих проблем согласно результатам факторного анализа	Измерение поведенческих проблем на основе метаанализа предыдущих факторных анализов
Не чувствуют вину	Спорят со взрослыми
Ревнивы	Игнорируют советы взрослых
Импульсивны	Раздражительны
Крикливы	Легко возникают реакции раздражительности
Выставляются напоказ	Упрямые
Затевают драки	
Внезапные перемены настроения	<i>Агрессивные (overt-деструктивные)</i>
Говорливы	
Слезливы	Нападают на других
Хвастаются	Обвиняют других в своих ошибках
Манипулируют другими	Воруют
Истеричны	Жестоки по отношению к другим
Дуются (обидчивы)	Физические драки
Раздражительны	Злобно-мстительные
Делинквентные	<i>Имущественные правонарушения (covert-деструктивные)</i>
Употребляют алкоголь/наркотики	Жестоки к животным
Плохие компании	Врут
Лгут	Совершают поджоги
Непослушны в школе	Воруют
Убегают из дома	Вандализм
Совершают поджоги	
Воруют	<i>Нарушения статуса (covert-недеструктивные)</i>

24

Окончание табл. 1.1

Измерение поведенческих проблем согласно результатам факторного анализа	Измерение поведенческих проблем на основе метаанализа предыдущих факторных анализов
Затевают драки	
Прогуливают	Нарушают правила
Вандализм	Убегают из дома
Портят чужие вещи	Сквернословят
	Прогуливают

Метаанализ, проведенный Фриком с соавторами, позволил определить паттерны поведенческих ковариаций, повторяющиеся во множестве исследований, включая и указанное ранее. Результаты показали, что поведенческие проблемы могут быть описаны двумя биполярными величинами (*covert—overt*). Первое измерение приводит к разделению поступков, схожему с результатами Ахенбаха.

Поведение, маркируемое как *overt pole*, включает преимущественно *конфронтационные* поступки (оппозиционное девиантное поведение и мягкая умеренная агрессия). В противовес этому область *covert pole* включает поступки, *не конфронтационные* по своей природе (вранье, воровство). Однако в отличие от результатов Ахенбаха второе измерение

учитывает объяснение ковариации поведенческих проблем. *Overt*-поступки подразделяются, в свою очередь, на *деструктивные* (агрессия) и *недеструктивные* (оппозиционное поведение). Соответственно *covert*-поступки также подразделяются на *деструктивные* (имущественные нарушения) и *недеструктивные* (нарушения статуса, оскорбления). Выделение этих четырех категорий соответствует многим системам определения типов делинквентного поведения.

Отметим следующее отличие подхода П. Фрика, демонстрирующее тренд в сторону подхода, разрабатываемого в отечественной психиатрии, в частности А. Личко. Это исследования *психопатических личностных черт* для выделения на их основе подтипов *поведенческих расстройств*. Такое обращение позволяет автору более четко определять каузальные процессы, стоящие за выявляемой симптоматикой РП. Так, он учитывает клиническое описание психопатической личности как характеризующейся патологической эгоцентричностью,

25

отсутствием эмпатии, чувства вины, поверхностным обаянием, уплощением эмоциональной сферы, отсутствием тревожности и неспособностью формировать крепкие длительные и глубокие взаимоотношения.

Эти характеристики приписывались детям в рамках *асоциализированных поведенческих расстройств* в *DSM-III*, но не концептуализировались как связанные с пониманием психопатий у взрослых. Для подростков с указанными расстройствами эти черты не фиксировались, поскольку предполагалось, что измерить их надежно нельзя и что личностные черты взаимозаменяемы с примерами асоциального поведения. Ряд работ, выполненных на выборках заключенных, изменили эти представления [Hare, 1993].

В 1980—1990-е гг. за рубежом была развернута большая работа по учету психологических параметров в оценке психопатий. Наибольшее число данных для судебной психиатрии поставлялось группой, координируемой канадским исследователем Робертом Харом [Hare, 1985, 1991]. Эта группа соотнесла разные методы клинической и психологической оценки выраженности психопатий на выборках заключенных (Англии, США, Канады и других стран). Именно разработанные этим автором критерии клинического ранжирования для характеристики антисоциальных личностных расстройств вошли в сборник Американской психиатрической ассоциации «Диагностический и статистический справочник умственных расстройств».

Важно подчеркнуть, что в результате было не только показано определенное рассогласование клинических оценок и данных психологических тестов, но и разработан опросник для экспертов, цель которого — повышение репрезентативности диагноза «психопатия». В следующем параграфе будут представлены данные, полученные в этом направлении исследований, которые приоткрывают завесу над проблемами последующих возрастных изменений у лиц с таким диагнозом при помещении их в тюрьму (как следствие их асоциальных поступков — правонарушений). Сейчас же продолжим обсуждение данных для подростков.

П. Фрик обосновал, что, подобно исследованиям на взрослых, *бездушные и неэмоциональные черты* (черствость и эмоциональная уплощенность) могут быть измерены и на детях, а также то, что их можно рассматривать в качестве симптомов более тяжелых поведенческих расстройств.

Соответствующий подростковый вариант методики диагностики понятой так «психопатии» приводится нами в приложении.

26

Согласно приводимым этим автором данным, выделяемый в группе поведенческих расстройств «психопатический кластер» показал кроме указанных черт разнообразие поведенческих проблем (включая агрессию); дети этой группы имели больше контактов с полицией и более серьезные семейные истории криминального и асоциального поведения. Детей с отмеченными психопатическими чертами следует выделять среди других детей с иными расстройствами поведения. Развитие «расстройств поведения» у детей с этими чертами подкрепляет более последовательные связи с концепцией взрослой психопатии.

Следующее, что отличает современный подход в американской психиатрии, это принятие концепции *коморбидности* и — в соответствии с этим — анализ сопутствующих условий развития «расстройств поведения». Традиционный для отечественных исследований *типологический подход* означает следование критериям помещения испытуемых (подростков) в ту или иную группу, так что обычно не предполагается возможность приписывания человеку принадлежности более чем к одной классификационной группе. И хотя, скажем, в исследованиях акцентуаций характера у подростков возможна диагностика более чем одного признака, все же текучести границ между этими акцентуациями не предполагается.

Согласно концепции коморбидности, возможно установить рядоположенные симптомы, по которым человек будет характеризоваться выраженностью ряда психологических черт или расстройств, коррелирующих между собой. Но при этом следует предполагать разные каузальные факторы их возникновения и развития, что означает выделение основного и сопутствующего расстройства. То есть внутрииндивидуально составляющие сложных расстройств (синдромы расстройств поведения и личностных расстройств) относятся к «двойственному диагнозу» — *comorbidity*.

Выделено множество причин, почему симптомам *поведенческих расстройств* сопутствуют другие симптомы. Например, *депрессия* может быть результатом тех же каузальных факторов — дисфункции семейных отношений, — которые приводят и к развитию «расстройств поведения». И наоборот, каузальные факторы могут быть альтернативными. Так, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у ребенка нередко разрывает нормальные семейные взаимоотношения, а это в свою очередь приводит к поведенческим расстройствам.

27

Другие авторы полагают, что коморбидность между расстройствами поведения и иными расстройствами представляет собой артефакт несовершенства диагностических критериев, используемых с тем, чтобы отграничить психопатические и непсихопатические варианты асоциального поведения.

Еще одним аспектом коморбидности служит пример динамических связей между поведенческими проблемами и успеваемостью подростка. Так, уже отмечалась группа детей, у которых трудности в обучении и поведенческие проблемы появляются очень рано и связаны с наличием СДВГ. Но в подростковом возрасте выделяется и другая группа детей, которые начинают демонстрировать асоциальное поведение после появления проблем в обучении. Речь идет о юношах с подростковым началом заболевания (появления расстройств поведения), чье

асоциальное поведение — следствие школьной дезадаптации, или функция истории школьных неудач.

В учебнике по экспериментальной психологии [Корнилова, 2002] представлены разные варианты коморбидности с точки зрения рассмотрения связей переменных в корреляционном исследовании, где они только измеряются. В данной книге было важно указать это направление в изменении методологических подходов. Это продиктовано, во-первых, тем, что использованный в нашем исследовании методический инструментарий предполагал многозначность фиксируемых расстройств. Во-вторых, в отечественных исследованиях старые типологические подходы настолько устоялись, что при желании опубликовать полученные нами результаты исследования поведенческих расстройств у подростков в одном из психологических журналов мы столкнулись с определенными трудностями.

Рецензентом было, например, сформулировано требование (не пожелание, а именно требование) сначала сделать психологическую классификацию обследованных подростков, а уж потом приводить полученные нами данные по использованным методикам. Для нас же задача была противоположной — обсудить психологическую симптоматику как основание возможных эмпирических классификаций (при критериально заданных группах). Предположение о возможности описать выборку подростков по переменным, сопутствующим поведенческим расстройствам, не мыслилось рецензентом без изначального выделения каких-либо групп. Нам же неестественной казалась задача построения классификации подростков вне привлечения умозрительных психологических критериев.

28

Классификации, построенные на основе психиатрических критериев, продолжают разрабатываться в отечественной науке [Вострокнутов, 1997; Гиндикин, Гурьева, 1999; Пирожков, 1998 и др.]. Однако они не могут лежать в основе выделения психологических каузальных факторов возникновения и развития поведенческих расстройств. Дальнейшей задачей здесь было бы движение навстречу друг другу специалистов, решающих разные диагностические задачи при постановке психиатрического диагноза и психологического исследования каузальных факторов симптоматики «расстройства поведения» — РП.

Это исследование допустимо было бы назвать также квазиэкспериментальным, если бы у психологов была возможность строго задать фактор различия групп и уравнивать их по базисным побочным (сопутствующим) переменным. Но в нашем исследовании предполагалось получить срез наличного состояния психологических индексов в критериально заданных выборках, т. е. дать представление о реальном *распределении* психологической симптоматики и взаимосвязи ее с психопатологической симптоматикой у российских подростков намеченных групп, а не уравнивать выборки, что привело бы к искажению картины (хотя и позволило бы проверять более точные исследовательские гипотезы).

Один из зарубежных подходов к анализу соотношения противоправного поведения и диагностики психопатии

Два специальных исследования проливают некоторый свет на значимость факторов поведенческих и личностных нарушений в прогнозе криминального поведения при психопатии и при оценке адекватности описания личностных структур людей, находящихся в заключении, т. е. совершивших общественно опасные действия (ООД). Одно посвящено оценке психопатии как функции возраста, второе — сравнению разных способов психологической и клинической диагностики психопатий. Оба уникальны по построению, схемам анализа и не имеют аналогов в России.

Харпар и Хар [Harpur, Hare, 1994] исходили из множества свидетельств о том, что антисоциальная и криминальная активность некоторых мужчин-психопатов с возрастом спадает (и по частоте, и по жестокости). В возрасте до 40 лет психопаты совершают большее число

29

ООД, чаще признаются виновными и проводят более длительные сроки в тюрьме. Однако после 45 лет риск быть признанными виновными у психопатов-преступников оказался не большим, чем у преступников-непсихопатов. Это различие связано с тем, что после 40 лет число открытых криминальных акций среди психопатов резко снижается.

В противоположность людям с другими расстройствами психопаты характеризуются плохим извлечением знаний из опыта, непониманием последствий своего поведения или возможных линий развития ситуации. Когда же они стареют, то, по замечанию некоторых клиницистов, их поведение становится более стабильным именно в силу большего опыта. Однако как личности они остаются противоречивыми.

При различении двух факторов диагностики психопатий — личностных и поведенческих нарушений — авторы рассматриваемой работы показали следующее. Средние значения по первому фактору (данные применения опросника для экспертов) не связаны с возрастом, в то время как значения по второму фактору действительно уменьшаются с возрастом. Анализ 7 возрастных когорт — 889 мужчин в возрасте от 16 до 70 лет, находившихся в заключении с соответствующим диагнозом — позволил тем самым утверждать, что связанные с возрастом различия в частоте совершения ООД психопатами не параллельны различиям в личностных чертах, которые остаются стабильными и центральными для диагностики психопатии. Эти личностные черты не нивелируются с возрастом, влияя на плохую адаптированность таких личностей.

Использование самих по себе поведенческих индикаторов оказывается далеко не достаточным для диагностических целей: не совершающие антисоциальных действий психопаты могут быть просто не идентифицированы как таковые. Поведенческие описания критериев психопатии надежны, но охватывают узкие проявления расстройств стоящих за ними личностных структур.

В другом исследовании [Hart, Forth, Hare, 1990] при использовании того же диагностического инструментария — опросник из 22 пунктов для клиницистов-экспертов, диагностика «антисоциальных нарушений личности», «глобальные ранги психопатии», — дополненного использованием ряда нейропсихологических тестов, было показано также отсутствие связей с повреждениями мозга.

Между тремя группами заключенных-психопатов — с высоким, средним и низким уровнями выраженности психопатических расстройств

30

— не было выявлено различий в специфических или глобальных нейропсихологических нарушениях. Тем самым оказались отвергнутыми попытки объяснить психопатические расстройства у преступников терминологией мозговых травм или дисфункций. Указывалось также, что различия в выполнении нейропсихологических тестов лицами с травмами и психопатами могут быть гораздо более выраженными, чем те сходства, которые в других исследованиях рассматривались в качестве основания аналогий.

Наконец, рассмотрим результаты работы, в которой сопоставлялись данные клинической и психологической диагностик. Опытные клиницисты, хорошо освоившие концепцию психопатии Клекли (*Cleckly*), а также обладавшие опытом работы с заключенными, оценивали по 7-балльным шкалам степень психопатичности поведения и личностных проявлений испытуемого-добровольца в заключении. Другим инструментом стал разработанный Харом контрольный список по экспертной оценке психопатий (из 22 пунктов). Диагноз «антисоциальные расстройства личности», соответствующий критериям *DSM-III*, выставлялся двумя независимыми клиницистами (79% диагнозов совпало). Эти клинические данные сопоставлялись с данными психологического тестирования.

Психодигностика включала, во-первых, *MMPI* (в частности, использование двух шкал — *Pd*, психопатическое отклонение, и *Ma*, гипомания). Во-вторых, использовалась «шкала социализации», разработанная Гауфом [Gough, 1948] на основе теории принятия роли в социопатии. В-третьих, опросник «Шкала ошибок», предназначенный для измерения линии поведения личности согласно континууму «от социального до асоциального». И наконец, опросник, позволявший получить самоотчеты испытуемых по тем же 22 пунктам, что и опросник для экспертов. Низкий уровень социализации сопутствовал высокому уровню психопатии. Далее — чисто профессиональное описание результатов.

Основной результат заключался в следующем. Клинические данные предстали сгруппированными в один фактор, а данные психодиагностики — посредством апелляции к самоотчетам и вербальным тестам — в другой. Самое низкое согласование всех методик было получено для группы со средней выраженностью психопатических расстройств. И авторы вновь подчеркивают, что клинические критерии в большей степени были ориентированы на *поведенческие проявления* психопатий, в то время как самоотчеты испытуемых лучше представляли

личностные структуры. Этот факт специально рассматривается в двух аспектах.

Первый связан с прогностической функцией психологических заключений. Психологический диагноз признается достаточно важным именно в контексте оценки возможностей адаптации психопатической личности к социальному окружению, оценки внутреннего разлада и нестабильности присущих ей черт, недостаточной интегрированности личностных структур, а значит — и прогноза возможных правонарушений, когда диагноз «социопатия» не поставлен.

Второй аспект вновь возвращает к проблеме доверия самоотчетам. Так, анализируя профили *MMPI*, в частности указанное диагностически значимое сочетание шкал *Pd* и *Ma*, авторы отмечают следующее. Только трем субъектам из 138 соответствовали показания по этим шкалам в соответствии с «назначениями» теста. То есть диагностическая ценность *MMPI* с точки зрения проделанной работы по установлению корреляций с клиническими показателями оказалась совершенно

неудовлетворительной. В то же время данные по этому вербальному тесту оказались важными в контексте оценки *индивидуальных отклонений с нетипичной картиной психопатических расстройств*.

Именно в группе со средними показателями по клиническим тестам психопатии обнаруживались нехарактерные пики по шкалам депрессии, шизофрении, психастении. Авторы считают это проявлением, во-первых, того положения дел, что не все лица, обнаруживающие в своем поведении черты психопатии, могут быть подведены под один и тот же клинический синдром. Во-вторых, авторы подчеркивают опытность испытуемых-добровольцев и приводят пример специального консультирования одними заключенными других в получении желательного профиля при заполнении опросника *MMPI*.

Итак, несовпадение результатов применения вербальных методик (как стандартизованных самоотчетов испытуемых), с одной стороны, и *клинических данных, полученных в интервью*, а также путем анализа клинических критериев в анамнезе и в экспертных оценках, с другой, подчеркивает проблему несовпадения диагностики личностных структур при психопатических расстройствах и поведенческих проявлениях психопатии. Сравнение экспертных оценок и самоотчетов испытуемых по одному и тому же опроснику [Hare, 1990] оценивается как разочаровывающее (коэффициент корреляции равен здесь 0,38) именно с точки зрения применимости обоих средств для оценки «психопатии» в некриминальных слоях.

Сопутствующие переменные при синдроме расстройства поведения

Корреляты поведенческих расстройств

Коррелятами «расстройств поведения» Р. П. Фрик называет далее факторы, которые статистически связаны с поведенческими проблемами или которые дифференцируют детей и подростков с расстройствами поведения от других детей. Однако само по себе установление таких коррелятов, называемых нами далее *сопутствующими переменными*, освещает только эмпирическую часть проблемы. Теоретические интерпретации должны объяснять, как и почему эти факторы ассоциируются с расстройствами поведения.

Между тем эти корреляты не обязательно играют каузальную роль в развитии расстройств поведения. Например, ключевым коррелятом к расстройствам поведения у детей оказывается наличие родителей, которые используют неэффективные и дисфункциональные стратегии и тактики воспитания (называемые также неэффективными «родительскими практиками»).

Дети с диагнозом РП обычно растут в семьях, где родители не вовлечены в деятельность детей, используют жесткие и негативные дисциплинарные воздействия. Одна из очевидных интерпретаций этой корреляции — разрушение нормальных процессов социализации в результате применения неэффективных родительских практик, что и обуславливает развитие поведенческих расстройств.

Однако возможны и другие объяснения. Например, апелляция к темпераментным характеристикам детей: эти индивидуальные особенности предрасполагают к развитию расстройств поведения, что в свою очередь делает их

более трудными для воспитания. Кроме того, неэффективные родительские практики, как и расстройства поведения, могут быть обусловлены каким-то третьим фактором. Им выступают нарушения определенных процессов (например, отсутствие эмпатии), которые существуют между родителями и ребенком, что приводит родителей к неэффективным родительским стратегиям, а ребенка к поведенческим расстройствам. И наконец, эффект родительских тактик может быть непрямым. Невключенность в дела ребенка (безнадзорность как крайнее проявление) и жесткость воспитания способны приводить к нарушению эмоциональных связей в системе «ребенок-родитель» и побуждают ребенка к асоциальным действиям. Поэтому

33

родительские практики необходимо считать только сопутствующими расстройствам поведения, они могут лишь опосредствованно влиять на систему связей «родитель — ребенок».

Итак, теоретические интерпретации предполагают выход за рамки пассивно-наблюдающих исследований. И мы далее приводим только те из них, которые специально обосновывались в связи с рассматриваемыми сопутствующими психологическими переменными и поведенческими отклонениями.

Отметим далее ряд сопутствующих поведенческим отклонениям расстройств, выделяемых в зарубежных исследованиях в связи с установлением симптоматики, так или иначе охватываемой психологическими переменными в проведенном нами исследовании, представлению которого и посвящена данная книга.

Социальное познание

Интерпретация подростком той информации, которую он получает в социальном общении, характеризуется следующей дефицитарностью. Агрессивные дети с синдромом *расстройства поведения* демонстрируют враждебность часто именно в ответ на двойственные ситуации, когда требуется раскодирование социальных намеков. Такие ситуации или не понимаются ими, или воспринимаются как провокация. Кроме того, агрессивные подростки склонны к искажениям в восприятии как своего, так и чужого поведения. Они генерируют меньше неагрессивных ответов на провокации партнеров по общению, а неагрессивные действия воспринимают как случайность. Итак, у них страдает как продумывание возможных ответов при необходимости интерпретировать ситуации, так и принятие решений. Угрожающая и оскорбительная семейная обстановка способствует не только возникновению форм РП, но и переносу складывающихся поведенческих клише в другие ситуации межличностного общения.

Существуют данные как в пользу того, что диспозиционные характеристики ребенка влияют на его социальные взаимодействия, так и в пользу того, что нарушения социальной экологии, и в частности «семейной экологии», обуславливают развитие поведенческих расстройств. Поэтому РП следует рассматривать как комплексный результат взаимодействия многих социальных факторов.

Переменные «нарушения мышления» и «нарушения социализации» будут нами рассматриваться как самостоятельные факторы и как

34

зависимые переменные, по которым можно судить о влиянии других — внешних факторов нарушений социализации

и подростка.

Нарушения семейной экологии

Этот коррелят поведенческих расстройств наиболее экстенсивно исследуется в зарубежной психологии. Ключевые моменты следующие.

Расширяя круг нарушений семейной экологии как обсуждаемых причин РП, следует назвать три фактора:

- *родительская депрессия;*
- *алкоголизация родителей;*
- *асоциальное поведение родителей* (криминализация).

Эти корреляты имеют высокий уровень у детей с РП. Но первые два рассматриваются скорее как неспецифические, или факторы риска, для приспособляемости ребенка. Специфическим называют фактор криминализации в поведении родителей. В узком смысле это обозначение для фактов пребывания в тюрьме и стойкого асоциального поведения (с совершением общественно опасных действий). Исследования показывают, что такие родители используют очень бедные «социализированные практики» во взаимодействии с детьми. Асоциальные поступки детей при этом можно понимать и как действия по образцу, и как следствие нарушений социализации, и как следствие нарушений эмоционального общения с родителями.

Обычно вслед за этим принято рассматривать фактор наследственности. Относительно него приведем только один пример. Джери и Стьюарт в 1985 г. [цит. по Frick, 1999] обнаружили, что диагноз РП высоко коррелировал с агрессивным асоциальным поведением биологических родителей детей, усыновленных в другие семьи (30% отцов и столько же матерей имели соответствующий диагноз). В то же время ни один из приемных родителей таких свойств не имел. Анализ психогенетических данных по этой проблеме представлял бы самостоятельный интерес. Однако он явно уводил бы в сторону от целей нашего исследования. И далее мы в работе не касаемся этой проблематики, для углубления в которую использованных нами методов явно недостаточно.

В отечественных исследованиях в качестве фактора нарушений семейной экологии остро стоит проблема связи алкоголизации подростков с алкогольными обычаями микросреды, в которой они возвращаются. Установлено, что лица, хотя бы один из родителей которых

был болен алкоголизмом, в 4 раза чаще и в более раннем возрасте заболевают алкоголизмом [цит. по: Булотайте, 1987]. У 100 таких подростков, отцы которых лечились от алкоголизма, при применении патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А. Е. Личко было обнаружено неопределенное и даже отрицательное отношение к алкоголизации. Склонность к алкоголизму выявлена только у 11% этих подростков. То есть дети из семей с алкоголизацией не обязательно имитируют поведение своих родителей. В этом и ряде других исследований выявлены типы акцентуаций характера, наиболее часто встречающихся среди подростков, злоупотребляющих алкоголем (типы: неустойчивый, гипертимный, лабильный, эпилептоидный, истероидный).

Нарушения стабильности супружеских отношений — другая сфера жизни семьи, которая влияет на возникновение синдрома РП. На основе метаанализа 92

исследований, включавших изучение 13 000 детей, Амато и Кейт в 1991 г. [цит. по: Frick, 1999] показали, что разобщенность и развод родителей постоянно сопутствовали возникновению поведенческих проблем у детей [цит. по: Frick, 1999]. К сожалению, отечественные исследования не могут дать такой статистики для обсуждения этой проблемы.

Как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях обнаружено, что сниженный уровень вовлеченности родителей в деятельность детей (школьную, знакомство с друзьями) и качество надзора, который они осуществляют, прямо коррелируют с делинквентностью подростков.

Важно, однако, что неэффективные родительские практики воспитания дают значимые корреляции РП только для групп детей с бездушно-неэмоциональными чертами.

Группы сверстников

Дети с поведенческими отклонениями обычно отвергаются ровесниками и остаются в последующем изолированными от «нормальных» групп сверстников. В результате наступает депривация, недополучение социального опыта (в частности, не осваиваются неагрессивные формы взаимодействия). Другое следствие такого отвержения — подготовка почвы для включения детей с РП в асоциальные группы сверстников. Как результат такие подростки еще более изолируются от своих просоциальных ровесников. Подростки с РП оказываются как бы «загнанными в ловушку девиантной субкультурой», которая

36

в дальнейшем уменьшает их возможности в образовательном, социальном и экономическом росте.

Завершая рассмотрение сопутствующих переменных, связанных с развитием поведенческих отклонений у подростков, следует отметить, что сходные данные предоставляют и отечественные исследования. Однако методически они редко выполняются путем сопоставления психологических и непсихологических переменных, чаще имеют статус лишь статистических данных, а не данных специально проведенных обследований. Два их отличия особенно удручают. Первое связано с гораздо более бедным методическим арсеналом (имеются в виду психологические методики, которые выявляли бы симптомы или корреляты «расстройств поведения»). Второе — с непониманием, что соответствующие исследования должны планироваться особым образом, быть квазиэкспериментальными, поскольку психолог не может управлять причинно действующими факторами, обеспечивающими те или иные дисфункции. Он не может также полностью контролировать состав обследуемых групп.

Однако продолжим анализ сопутствующих переменных, на фоне которых устанавливается диагноз «поведенческие расстройства». Ниже перечислим лишь некоторые из тех относимых к психопатологическим расстройств, коморбидность которых необходимо будет обсудить и применительно к результатам нашего исследования.

Депрессивные расстройства

По данным, приводимым П. Фриком, у подростков с расстройствами поведения частота установления симптомов *депрессии* варьируется от 15 до 31% (в разных исследованиях), но это всегда значимо более высокий результат, чем у детей из нормативных выборок (соответственно 4—9%). Наличие этого симптома не изменяет манифестацию наблюдаемых поведенческих отклонений, однако это сопутствие признается достаточно важным по нескольким основаниям, приведенным ниже.

Наличие депрессии служит индикатором того, насколько аффективно переживаются подростком нарушения приспособляемости. Другое следствие расстройств поведения — изменение Я-концепции, что выступает важным компонентом депрессии.

По данным отечественных авторов, депрессия также может пониматься как фоновое расстройство. Однако при анализе школьной дезадаптации важным будет установление различий каузальных факторов в случае с *эндогенной* и *экзогенной* депрессией.

37

Депрессия как один из вариантов психопатологической симптоматики обычно отодвигается на второй план, если на переднем оказываются нарушения поведения, связанные в первую очередь со школьной неуспеваемостью. В клинической картине скрыто протекающей депрессии отмечают и те нарушения поведения, которые выражаются в отказе от посещения школы, грубости, драчливости, мелких правонарушениях. К симптоматике депрессивных расстройств следует отнести также разнообразные и нередко постоянные жалобы на соматическое неблагополучие, не подкрепляемые, однако, действительной патологией со стороны внутренних органов. Более сильной выраженности этих состояний могут сопутствовать наркомания и криминальное поведение.

А. Е. Личко отмечал, что *психогенные депрессии* стоят на первом месте при установлении депрессивных состояний в подростковом возрасте. Важно также учитывать, что психогенные депрессии у подростков с нарушениями поведения, протекающие скрытно и имеющие эндогенный характер, по своим проявлениям не соответствуют основным формам депрессивных состояний у подростков. Современное их распознавание чрезвычайно важно для выбора правильных направлений лечения и коррекции.

Алкоголизация и злоупотребление запрещенными (наркотическими) веществами

Зарубежные исследования свидетельствуют о высокой корреляции диагностики расстройств поведения с *алкоголизацией* и *употреблением наркотиков*. Использование запрещенных средств может при этом рассматриваться как одна из форм общей тенденции подростка пренебрегать социальными нормами поведения. Тогда это выступает аналогом других расстройств — вранья, драки и пр. *DSM-IV* не включает, однако, злоупотребление курением или наркотическими веществами в качестве симптомов для диагноза *оппозиционно-протестного поведения* и *расстройства поведения*. В то же время ориентированные на норму классификации, в частности подход Т. Ахенбаха, предполагают включение этих симптомов (курение, алкоголизация, использование запрещенных веществ) в качестве индикаторов *делинквентного поведения*.

Другие зарубежные исследователи разделяют *первичное* употребление, которое возникает при отсутствии асоциального поведения, и *вторичное*, которое связано с включением этой симптоматики в общий

38

паттерн асоциального поведения. Это разграничение важно именно для установления каузальных факторов, стоящих за злоупотреблением курением или запрещенными веществами. Коморбидность этих расстройств важна в клинике. Если дети с расстройствами поведения одновременно употребляют запрещенные вещества, то это обычно происходит в более ранние сроки, характеризуется использованием разных веществ и в целом представляет собой более тяжелый хронический вариант поведенческих отклонений, плохо поддающихся лечению.

Отметим в этом контексте такой полученный в нашем исследовании результат, как большее распространение злоупотребления запрещенными веществами среди подростков психиатрической выборки; курением — среди подростков группы риска; рост же алкоголизации (злоупотребление алкоголем) последовательно возрастал от группы нормы к группе риска и далее в выборке подростков с психиатрическим диагнозом.

Среди проявлений девиантного поведения при анализе *психопатических расстройств* у подростков отечественные исследователи в прошлые десятилетия отмечали широкое использование подростками неалкогольных дурманных средств, не относящихся к наркотикам, что также служило критерием выделения подростков в группу «риска».

Забегая вперед, отметим полученный в нашем исследовании факт: самый низкий показатель использования наркотических веществ был получен для подростков группы «риска». Это свидетельствует скорее о том, что место проведения психологической диагностики (условия спецучреждения или детского приемника-распределителя) учитывалось подростками. Так, они не хотели усложнять взаимоотношения с милицией и отвечающими за них взрослыми. То есть они, видимо, попросту скрывали эти факты. В то же время в условиях школы подростки достаточно откровенны с психологом, не отождествляют его с представителями администрации или милиции.

Тревожность

По данным зарубежных авторов, около 23—33% детей с диагнозом *расстройства поведения* в 1990-е гг. имели симптомы *тревожных расстройств*, в то время как направляемые в клинику на лечение уже

39

в 65—75% случаях демонстрировали такие расстройства. Причем у школьников наличие последних проявлялось в менее тяжелых и менее хронических формах *поведенческих расстройств*. Такие дети были менее агрессивными во взаимоотношениях с ровесниками, реже попадали в поле зрения полиции, меньше отставали в школе и лучше поддавались лечению. Итак, нарушения тревожности неоднозначно влияют на манифестацию и дальнейшее течение поведенческих расстройств: тревожность не связана прямо с поведенческими проблемами у подростков, а лишь сопутствует их возникновению.

Наблюдаемая у подростков «негативная аффективность» понимается как *эмоциональный дистресс*, представляющий обычно результат значимых и

повторяющихся нарушений адаптации, которые испытывают подростки с отклоняющимся поведением. Это реакция на конфликты со сверстниками и учителями, с полицией. При таком понимании тяжесть поведенческих расстройств увеличивает уровень эмоционального неблагополучия подростка, а не наоборот.

Факт того, что повышенная тревожность усиливается с нарастанием поведенческих проблем, присущ разным выборкам детей, проходящих диагностику в клинике. Однако, по данным П. Фрика, уровень тревожности всегда будет ниже у тех выборок детей, для которых установлены так называемые бездушно-эмоциональные черты, ассоциируемые также с названием психопатических черт поведения. Дети с такими чертами менее подвержены стрессу в связи со своим поведением. В результате они менее мотивированы на изменение своего поведения при внешней его коррекции, а также гораздо хуже поддаются лечению и психотерапии.

Отметим также здесь такую форму личностных расстройств, которая квалифицируется как *избегающее расстройство (avoidant)*. Оно проявляется в виде робости и замешательства в присутствии других, непрерывного избегания контактов с незнакомыми людьми, будь то ровесники и более взрослые. Но к членам семьи и хорошо знакомым лицам такие дети испытывают привязанность. Способность к эмоциональным отношениям отличает это расстройство от других (от шизоидного).

Перечислим также приводимые А. Личко «расстройства детского и подросткового возраста», которые были выделены в *DSM-III* и сопоставлены с «расстройствами личности» у взрослых (табл. 1.2) [1983, с. 111].

40

Таблица 1.2

Соотнесение типов расстройств подросткового возраста и расстройств личности (по Личко)

Расстройства детского и подросткового возраста	Расстройства личности
Шизоидное	Шизоидное
Избегающее	Избегающее
Поведенческое	Антисоциальное
Оппозиционное	Пассивно-агрессивное
Идентичности	Пограничное

Как показывают данные П. Фрика, сегодняшний перечень психопатологически обусловленных переменных, которые рассматриваются в связи с проблемами разграничения каузальных и сопутствующих факторов поведенческих нарушений, является иным. Но, как было сказано в предыдущем параграфе, именно нарушения эмоциональной сферы (бездушие, черствость) начинают более тесно связываться с плохим прогнозом развития *расстройств поведения*, а термин «психопатия» позволяет распространить диагностику соответствующей реальности поведения и на лиц более младшего возраста, чем даже подростковый.

В заключение отметим, что яркая выраженность сопутствующих переменных — как коррелятов *расстройств поведения* — фиксирует на них внимание исследователей, что, однако, не решает проблемы установления причинных взаимосвязей в понимании этих отклонений в развитии подростков.

41

Глава 2

Выборки и методические средства

Испытуемые и схема обследования

Согласно целям эпидемиологического исследования, мы должны были провести его не как полевое обследование подростков, реально составляющих группы риска, т. е. характеризующихся делинквентным поведением в соответствии с внешними критериями, а также подростков, направленных на лечение в психиатрическую клинику (причем как совершивших, так и не совершавших асоциальных действий).

Наши испытуемые группы риска отвечали тому пониманию трудного подростка, который Л. С. Выготским назывался трудным ребенком второго типа, — «уклоняющегося от нормы вследствие функционального нарушения (трудные дети в узком и собственном смысле слова — правонарушители, дети с недостатками характера, психопаты)» [1982, с. 175]. Ряд обследованных подростков из этой группы совершали правонарушения, но не были осуждены по закону в связи с тем, что в момент совершения правонарушения они не достигли возраста, с которого начинается уголовная ответственность.

В обследуемые выборки вошли подростки в возрасте от 14 до 17 лет, всего 258 человек. Они составили три группы, называемые далее группами 1 — «нормы», 2 — «риска» (риска отклоняющегося, или делинквентного, поведения) и 3 — «психиатрической» выборки. Первую группу составили учащиеся обычных образовательных школ г. Воронежа — 75 человек, у которых в школе проявились симптомы эмоционального неблагополучия и школьной дезадаптации. Поэтому эти дети попали в поле внимания школьного психолога.

Вторую группу испытуемых психологи обследовали в специализированных школах для подростков с отклоняющимся поведением г. Котова и Москвы (от этих подростков в силу делинквентности их поведения отказались обычные школы), а также в приемнике-распределителе г. Рязани, куда подростки попадали в связи с бродяжничеством и совершенными правонарушениями. Всего эту группу риска

42

составили 97 человек. В ней можно было бы выделить два уровня отклоняющегося поведения — подростки без совершения правонарушений, но с асоциальным поведением, нарушающим культурно и административно заданные нормы (более 2/3 выборки), и остальные подростки с зафиксированными правонарушениями.

Важно отметить, что группу нормы образовала не случайная выборка школьников, а та часть общей случайной выборки (численностью около 500 человек), у которой намечались те или иные симптомы школьной дезадаптации и были зафиксированы те или иные эмоциональные или поведенческие проблемы. Собственно, эту группу возможно было бы назвать *группой риска*, — именно с такими лицами школьный психолог и должен был в последующем вести практическую работу.

Итак, по отношению к выборке школьников в условиях обычного обучения наша группа испытуемых составила тот край распределения, который характеризовался психологическим и поведенческим неблагополучием. Но по отношению ко второй группе, называемой нами далее группой риска, это была выборка школьников из нормальной популяции. Испытуемые в нашей первой группе не демонстрировали такого уровня делинквентного поведения, который заставил бы их вывести за рамки обучения в нормальной школе (и поместить в спецучреждение). Следовательно, нашу группу нормы можно было бы считать такой, в которой более низкий, чем в группе риска, уровень психологических проблем, и рассматривать

разницу групп подростков на двух уровнях проявления делинквентности (по внешнему критерию степени выраженности *социальной дезадаптации*).

Однако мы учитывали, что вторая группа обследованных подростков (из приемников-распределителей и спецшкол для лиц с отклоняющимся поведением) демонстрировала качественно иные формы нарушений обычного (нормального) поведения, соответствующие внешним критериям определения «делинквентности», что, на наш взгляд, не предполагает рассмотрения двух уровней на одной шкале. Поэтому в дальнейшем, представляя результаты исследования, мы будем исходить из предположения о соответствии испытуемых в первой группе общей нормативной выборке, учитывая отмеченное «крайнее» положение этих подростков в более широкой выборке «нормы».

Этот учет важен уже при рассмотрении различий наших групп по полу и возрасту. Так, в первой был больший удельный вес лиц женского пола, чем в двух других (так сложилось в результате реально меньшего числа девочек в выбранных по внешнему критерию группах

43

риска и психиатрической). Кроме того, обозначилось возрастное неравенство групп из-за того, что случайно (в силу реального состава испытуемых) в первой группе не оказалось 15-летних подростков, а 2/3 группы составили 14-летние. Если бы мы специально подобрали недостающую группу 15-летних, то тем самым были бы нарушена репрезентативность выборок: обследованные подростки не представляли бы уже интересующий нас «край» нормативного распределения.

Все-таки предполагалось, что группа нормы может включать признаки девиантности, но не психопатологического характера, а со стороны такой переменной, как «девиации, связанные с пубертатным возрастом». Однако полностью исключить случаи сокрытия психиатрического диагноза в рамках обычной школы было невозможно. В дальнейшем мы используем уже без оговорок сравнение других групп с этой группой нормы. Но в ряде случаев (например, при обсуждении изменений тревожности, наличия у подростков симптомов депрессии и ряде других) следует все же помнить, что первая группа — это хотя и группа нормы, но крайней.

Важным условием было обследование этих групп подростков в сравнительно короткий промежуток времени, чтобы оценить временной срез статистических данных о соотношении в группах российских подростков непсихопатологических и психопатологических форм делинквентного поведения «здесь и сейчас». Это потребовало участия ряда психологов в нашем проекте при одновременном выполнении работы в разных учебных заведениях и в разных городах (последнее учитывало необходимость репрезентативности обследованных групп не только для условий мегаполиса Москвы, но и других городов России).

В третью группу — психиатрических пациентов — вошли 86 человек, обследованных в психиатрических больницах г. Москвы, Подмосковья и г. Севастополя. Именно для этой группы подростков предполагалось критериальное (диагностическое) установление психопатологических основ нарушений поведения. В эту группу предполагалось включить как лиц с делинквентным поведением, так и без такового, чтобы выделить эффекты, связанные с психопатологической симптоматикой у подростков, но не обязательно имеющей следствием (или сопутствующей переменной) отклонения такого уровня, за которыми закрепляется маркер правонарушений или общественно опасных действий — ООД.

Большинство подростков, обследованных в психиатрических больницах Москвы и Подмосковья, имели правонарушения и частично находились на принудительном лечении. Это были 66 подростков. Из 86 лиц в общей психиатрической выборке группа в 20 человек обследовалась амбулаторно. Подростки в ней характеризовались тем, что отличались лучшим семейным благополучием и отсутствием правонарушений. В целом же группа лиц с установленным психиатрическим диагнозом имела больший удельный вес старших подростков (16 и 17 лет), что возможно рассматривать как с точки зрения перекоса в возрастных составах обследованных групп, так и с точки зрения популяционной валидности — использовании в качестве испытуемых именно тех групп подростков, которые хорошо репрезентируют (представляют) более общую популяцию. Напомним, что, по данным НИИ МВД, больше всего за последнее десятилетие увеличилась доля лиц с установленным психиатрическим диагнозом среди подростков, совершивших правонарушения, в возрасте 16—17 лет (на 50%). Причем 19% в общей совокупности подростков, совершивших ООД, — это лица с органической патологией.

Распределение испытуемых по полу и возрасту представлено в табл. 2.1 и 2.2.

Таблица 2.1

Распределение испытуемых по возрасту

Группа	Возраст, лет				Всего
	14	15	16	17	
1	56 (74,7%)	0(0%)	5 (6,7%)	14 (18,7%)	75 (100%)
2	41 (42,3%)	34 (35,1%)	12 (12,4%)	10 (10,3%)	97 (100%)
3	7 (8,1%)	18 (20,9%)	23 (26,7%)	38 (44,2%)	86 (100%)

Таблица 2.2

Распределение испытуемых по полу

Группа	Пол		Всего
	мужчины	женщины	
1	50 (66,7%)	25 (33,3%)	75 (100%)
2	78 (80,4%)	19 (19,6%)	97 (100%)
3	78 (90,7%)	8 (9,3%)	86 (100%)

На представленных в главе 3 диаграммах отражены возрастные изменения в показателях методик полуструктурированного интервью (*K-SADS — Kiddi-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children*) и «листа наблюдений» П. Фрика). Они дают дополнительный материал для лучшего представления связи психопатологической симптоматики с фактором возраста.

Процедура обследования и характеристика использованных методик

С каждым из подростков психодиагностическая работа проводилась психологом индивидуально.

Принадлежность к одной из трех обследованных выборок рассматривалась как основной фактор межгрупповой вариативности в контексте выявления значимых взаимодействий с внутригрупповыми различиями, связанными с переменными внутренними условий. В качестве таковых нами представлены показатели по

шкалам *K-SADS* — полустандартизованного интервью, а также одного из двух опросников, представляющих «листы наблюдений», — методики П. Фрика. Последовательность выполнения методик соответствует приведенному в приложении методическому материалу.

Условно можно выделить три этапа:

1. Предварительное диагностическое интервью (направленная беседа с подростком).
2. Полуструктурированное (полустандартизованное) интервью *K-SADS*.
3. Заполнение «листов наблюдений» психологом в беседе с ребенком и при ориентировке также на дополнительные сведения, полученные от наблюдающих его взрослых.

Манифестируемые совместно показатели позволили определить общие синдромы проблем, зафиксированные в названиях шкал трех методик, называемых нами далее психологическими переменными.

Рассмотрим три этапа работы с подростком последовательно.

1. Специальной методической процедурой, предваряющей выполнение психодиагностических методик, выступала предварительная беседа с ребенком, которая позволяла получить ряд сведений об условиях его жизни, или социальной экологии его ближайшего окружения, а также демографические данные.

46

В соответствии с данными анамнеза, полученными в предварительном интервью с подростком и наблюдающими его взрослыми (учитель, воспитатель соответствующего учреждения, врач или психолог), были построены «качественные переменные», рассматриваемые как факторы внешних условий развития подростка. Таковыми в первую очередь выступили переменные искажений ближайшего социального окружения, из которых в данной работе рассмотрены лишь некоторые, связанные с условиями жизни подростка в семье и предположительно связанные с риском возникновения у него психологических проблем и поведенческих расстройств. Это факторы внешних условий (социальной и семейной экологии): состав семьи, факты жестокого обращения с ребенком и насилия в семье и вне ее, алкоголизации в семье (пьет мать, отец, отчим, все члены семьи), криминализация (кто-то из родственников в тюрьме или был судим), смерть одного или обоих родителей, факты лишения родительских прав и ряд других, специально обсуждаемых нами в последующих главах.

2. *K-SADS* — полуструктурированный опросник, который построен для выявления эмоциональных расстройств и шизофрении у детей школьного возраста (6—18 лет). Проводится как интервью с ребенком (при необходимости дополняемое опросами отвечающих за него взрослых).

Основное время диагностической процедуры занимало это полуструктурированное интервью, текст которого был несколько сокращен и модифицирован нами в следующем аспекте. В оригинале психолог проводит эту методику с самим ребенком, родителями и психологом или учителем, наблюдающим ребенка в школе или другом учреждении. В нашем варианте заполнение методики сочетало фиксацию показателей, полученных в ходе опроса самого подростка, с данными наблюдений учителей и психологов в школе или соответствующем специальном учреждении. Для психиатрических пациентов использовались также данные историй болезни.

Методика *K-SADS* выявляет эпизоды и симптоматику психических нарушений у детей и подростков в соответствии с критериями *DSM-III* и *DSM-IV*. Заданные критерии для установления симптомов (это переменные, представленные в 21 шкале и 5 дополнительных шкалах) опираются на использование информации, полученной от всех источников. В нашем исследовании основным из таковых был сам интервьюируемый подросток. Кроме того, психолог опрашивал по части шкал наблюдающих за ним взрослых:

47

- учителей (в нормативной выборке);
- врача-психиатра (в психиатрической выборке);
- воспитателей (отвечающих за подростков в специальных школах, где собирались данные по группе риска).

Вопросы и утверждения в этой методике имеют тщательные пояснения относительно того, в какой форме можно опрашивать ребенка; т. е. психолог в ходе интервью старается использовать язык, понятный детям. В случае сомнений относительно ответов или несоответствий (с данными анализа) информация о симптоме либо перепроверялась, либо фиксировался случай «сведений нет». Подростков в условиях психиатрической клиники наблюдал и опрашивал квалифицированный медицинский психолог, который учитывал все возможности установления контакта с больным ребенком. С остальными группами подростков работали немедицинские психологи.

Каждая шкала предполагает оценку в баллах ряда симптомов по отношению к прошлому и настоящему моментам. В случае максимально возможного балла используется то из пяти «диагностических дополнений», которое соответствует начальной шкале.

Методика изначально направлена также для ее использования с детьми, не имеющими в анамнезе медицинской истории психиатрических заболеваний. Ряд шкал, которые интересовали нас в первую очередь — синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), тревожности, оппозиционного и делинквентного поведения, — применимы для установления вариативности симптомов и в норме: как психологических показателей, по которым подростки могут отличаться между собой. Соответствующие баллы в любой шкале даются как в случае «признак отсутствует», так и в случае «сведений нет».

Таким образом, использование полуструктурированного интервью не исходит из начальной цели установить дифференцирующий диагноз, а предполагает описание симптоматики, возможной как для нормы или пограничных случаев, так и для пациентов психиатрических больниц. Показатели предполагаемых *K-SADS* внутренних симптомов эмоциональных или поведенческих проблем у ребенка могут присутствовать при разной психологической идентификации и психологической квалификации индивидуальных случаев. Это существенно с той точки зрения, что позволяет сравнивать частотные характеристики симптомов в обследованных группах, а также проводить множественные сравнения групповых профилей.

48

Диагностируемые с помощью интервью *K-SADS* показатели могут быть более тесно связанными с внешне выраженной или внутренней симптоматикой психологического неблагополучия. «Внутренними» мы их называем в контексте

нашей процедуры анализа результатов, когда рассматриваем их как факторы внутригрупповой вариабельности, с одной стороны, и с другой — как психологические (в том числе и психопатологические) переменные, здесь противопоставляемые факторам внешних условий — качественным переменным, учитываемым как особенности семейного и школьного окружения и реконструируемым в предваряющем интервью.

3. Применение опросников П. Фрика (20 утверждений) и Т. Ахенбаха (112 утверждений) (приложение 1).

Два этих опросника также представляют собой не столько вербальные тесты, сколько так называемые стандартные «листы наблюдения». Их заполняет психолог, имеющий возможность либо наблюдать за ребенком длительное время, либо опросить не только его самого, но и взрослых (учителей, врачей, родителей). Пункты этих двух методик отражают поведенческие проявления социальной дезадаптации, наличие у ребенка психологических проблем (методика Ахенбаха) и психопатических особенностей (методика Фрика).

П. Фрик посвятил книгу анализу расстройств поведения и антисоциального поведения детей и подростков, чтобы установить классификации этих расстройств и развести социопатии, т. е. симптоматику асоциального поведения, и психопатии как поведенческие нарушения, связанные с искажениями личностного развития, и в первую очередь с нарушениями в эмоциональной сфере [Frick, 1999]. Эта методика включает 20 пунктов, позволяющих использовать общий показатель, называемый далее баллом «психопатии». Данный симптом выступает, следовательно, в качестве суммирующего искажения личностного развития (прежде всего эмоциональной сферы) и регуляции поведения.

По содержанию пунктов в опроснике трудно однозначно разделить психопатологические и непсихопатологические симптомы. Одной из исследовательских целей служило сопоставление этого показателя с показателями поведенческих отклонений по шкалам других методик — полуструктурированного интервью *K-SADS* и «листа наблюдений» Т. Ахенбаха, что позволяет пролить свет на эту проблему.

Опросный лист Ахенбаха также направлен на получение данных о специфических поведенческих и эмоциональных проблемах подростка

ростка, но в более широком охвате переменных, среди которых делинквентность — лишь одно из проявлений психологического неблагополучия, подразумевающего «внешние» и «внутренние» симптомы. Результаты первой апробации этой методики на российской выборке — в сравнении с американской — представлены в статье А. Картер, Е. Григоренко и Д. Паулса [1995]. Но российская выборка состояла здесь из детей 9—10 лет.

Для обследованных подростков, составивших наши выборки, эти данные можно было учитывать лишь ограниченно. Отметим большие показатели — для группы нормы — по «внутренним симптомам», в частности по соматическим жалобам, в сравнении с американской нормативной выборкой. Авторская интерпретация того, что российские дети более склонны переводить дистресс вовнутрь, кажется нам проблематичной на фоне более реального предположения: действительно, российские дети в выборках соматически менее здоровы, о чем косвенно свидетельствует обсуждение проблемы здоровья детей в прессе.

Шкалы опросника Ахенбаха. *Первичные:* закрытость (замкнутость, проблемы в общении), тревожность, соматические проблемы, социальная дезадаптация, проблемы мышления, проблемы внимания и гиперактивность, делинквентное поведение, агрессия. *Производные:* внутренние симптомы (интернализация), внешние симптомы (экстернализация), общий показатель проблем. Согласно представленному в приложении ключу, можно определить пункты опросника, относимые к каждой шкале.

Отметим, что Т. Ахенбах представил свой подход как эмпирически обоснованный, т. е. сформировавшийся путем анализа большого количества утверждений о внутренних (психологических) и внешних симптомах поведенческих и эмоциональных проблем у детей и при апробации методики в разных странах, с тысячами контингентами испытуемых. Другое отличие данной методики — ее ориентированность на разброс соответствующих симптомов в «норме» как общей популяции детей.

Итак, в нашем исследовании бланки всех трех методик заполнялись психологом, имевшим возможность беседовать с ребенком, а также опросить более длительно наблюдающих его взрослых — воспитателя, учителя, врача.

Снижение надежности данных мы могли ожидать потому, что в отличие от оригинальной методики информация была получена нами

50

не у всех трех предполагаемых сторон — ребенок, учитель, родитель. Мы не имели возможности интервьюировать всех родителей, а выборочные данные исказили бы сравнительный аспект исследования. Но мы учитывали следующие сведения.

Американские авторы [Burket, Myers, 1995] показали: интервью с родителями позволяло обычно увеличить индексы шкал, полученные в интервью с подростком, но редко добавляло новые симптомы, а главное — родители сообщали меньшее количество признаков делинквентного поведения, чем сами подростки. Таким образом, снижение надежности не означало в нашем исследовании снижения репрезентативности данных. В тех случаях, когда у нас возникало сомнение, мы соответствующие показатели оговариваем специально.

Схема обработки данных

Сравнение показателей в соответствии с тремя использованными психологическими методиками проводилось, во-первых, для совокупной выборки в 258 человек, где основным внешним критерием, или аналогом независимой переменной, или влияющим на психологические показатели фактором, выступал фактор «принадлежность к группе».

В качестве шкал психологических показателей анализировались: 21 показатель синдромов по полустандартизованному интервью (шкалы I—XXI); суммарный показатель *психопатии* по опроснику П. Фрика (обе эти методики впервые апробировались на российских выборках); шкалы опросника Т. Ахенбаха, по которым ранее были опубликованы сравнительные данные для российской и американских выборок.

Список переменных, получаемых с помощью использования *K-SADS*, дан в названиях шкал методики и раскрывается нами по ходу обсуждения установленных эффектов.

В главе 4 приведены те переменные внешних условий, которые рассматривались как шкалы нарушений социальной (и семейной) экологии, т. е. условий жизни ребенка.

При обработке данных использовался анализ частотных данных, а также схемы однофакторного и многофакторного дисперсионного анализа. С его помощью определились эффекты изменений психологического профиля подростков, связанные:

- 1) с принадлежностью их к выбранным по внешнему критерию группам;
- 2) уровнями переменных «внешних условий»;
- 3) выраженностью психопатологической симптоматики.

51

Специально анализировался ряд коморбидных (сопутствующих поведенческим отклонениям) переменных. Для подростков психиатрической выборки дополнительно проанализированы эффекты попадания их в группу с тем или иным диагнозом, а также внутригрупповые эффекты условий жизни. Соответственно в отдельные главы были выделены результаты решения нами конкретных задач, определивших направления обработки данных.

52

Глава 3

Основные эффекты факторов возраста и принадлежности к группе

Результаты анализа влияния демографических переменных

В табл. 3.1 представлены результаты применения двухфакторного дисперсионного анализа (*MANOVA*), позволившего установить значимость эффектов влияния демографических переменных на психологические показатели по всем трем вербальным методикам. Принадлежность к группе мальчиков или девочек не влияла значимо на показатели соответствующих зависимых переменных. Однако следует отметить, что мальчиков в группах «риска» и среди пациентов психиатрической клиники было существенно больше, чем девочек. При таком основании отбора большего числа мальчиков и в группу «нормы» мы не могли, однако, не считаться с тем, что в условиях школы процент девочек с эмоциональными и поведенческими проблемами больше, чем их удельный вес среди подростков, совершавших ООД.

Таблица 3.1

Результаты дисперсионного анализа для эффектов влияния на психологические переменные факторов пола и возраста

Фактор	λ Уилкса	F	Уровень значимости <i>p</i>
Возраст	0,767	2,120	0,001
Группа	0,174	9,719	0,001
Взаимодействие	0,768	2,108	0,001
Пол	0,827	1,459	0,061
Группа	0,144	11,381	0,0001
Взаимодействие	0,840	1,326	0,124

Как видно из табл. 3.1, в нашем исследовании был установлен значимый эффект влияния возраста испытуемых на психологические показатели, а также взаимодействия факторов «возраста» и «принадлежности к группе».

В табл. 3.2 приведены вычисленные для каждого возраста (14, 15, 16 и 17 лет) средние значения индексов по шкалам психопатии (методика Фрика) и тем шкалам *K-SADS*, для которых установлены значимые межгрупповые различия (они будут рассмотрены в следующем параграфе). Анализ влияния фактора «принадлежности к группе» на показатели методики Т. Ахенбаха будет представлен в главе 6, где выделены также влияния индексов *K-SADS* на выраженность этих показателей.

Таблица 3.2

Возрастная динамика изменения количественных индексов переменных согласно клинически ориентированным методикам — полуструктурированному интервью *K-SADS* и «листу наблюдений» П. Фрика

Группа	Возраст, лет			
	14	15	16	17
<i>Психопатия (по Фрику)</i>				
Группа нормы	14,93	15,40	15,85	
Психиатрическая группа	19,33	13,20	17,35	15,35
Группа риска	17,29	17,71	18,42	18,70
Среднее	17,18	15,46	17,06	16,63
<i>I — Депрессивные расстройства</i>				
Группа нормы	8,64	8,80	8,62	
Психиатрическая группа	9,71	8,89	9,13	9,55
Группа риска	8,90	9,15	9,17	9,50
Среднее	9,08	9,02	9,03	9,22
<i>V — Тревожность, связанная со страхом перед разлукой</i>				
Группа нормы	5,71	6,40	6,08	
Психиатрическая группа	6,29	5,17	5,83	5,84

Продолжение табл. 3.2

Группа	Возраст, лет			
	14	15	16	17
Группа риска	6,32	6,24	5,92	5,40
Среднее	6,11	5,71	6,05	5,77
<i>VI — Социофобия</i>				
Группа нормы	12,17	12,00	12,54	
Психиатрическая группа	14,00	11,94	12,09	12,97
Группа риска	12,12	11,71	11,08	11,30
Среднее	12,76	11,83	11,72	12,27
<i>VII — Агорафобии и специфические фобии</i>				
Группа нормы	2,60	2,40	3,00	
Психиатрическая группа	2,00	2,11	2,43	2,47
Группа риска	2,59	2,35	2,17	2,70
Среднее	2,40	2,23	2,33	2,72
<i>VIII — Повышенная тревожность</i>				
Группа нормы	5,22	5,00	5,77	
Психиатрическая группа	4,29	4,00	4,78	4,82
Группа риска	4,76	4,94	5,00	4,90
Среднее	4,76	4,47	4,93	5,16
<i>XIII — Неврогенная булимия</i>				
Группа нормы	8,19	8,20	8,08	
Психиатрическая группа	8,00	8,00	8,04	8,05
Группа риска	8,12	8,18	8,08	8,20

Среднее	8,10	8,09	8,11	8,11
55				
Группа	Возраст, лет			
	14	15	16	17
<i>XIV — СДВГ — синдром дефицита внимания и гиперактивности</i>				
Группа нормы	5,67	5,00	7,23	
Психиатрическая группа	8,29	7,83	17,17	7,21
Группа риска	6,27	6,41	5,33	4,80
Среднее	6,74	7,12	9,17	6,41
<i>XV — Оппозиционное поведение</i>				
Группа нормы	4,24	4,20	5,00	
Психиатрическая группа	6,14	5,39	5,04	5,68
Группа риска	5,10	4,82	4,83	4,90
Среднее	5,16	5,11	4,69	5,19
<i>XVI — Расстройства поведения</i>				
Группа нормы	5,72	8,80	6,38	
Психиатрическая группа	9,29	9,83	9,26	8,42
Группа риска	8,32	7,68	7,17	8,00
Среднее	7,78	8,76	8,41	7,60
<i>XVII — Тики</i>				
Группа нормы	2,24	2,40	2,38	
Психиатрическая группа	1,71	2,11	2,04	2,08
Группа риска	2,32	2,24	2,17	2,20
Среднее	2,09	2,18	2,20	2,22
<i>XVIII — Злоупотребление курением</i>				
Группа нормы	2,90	3,20	4,15	
Психиатрическая группа	2,86	3,78	3,35	3,08

56

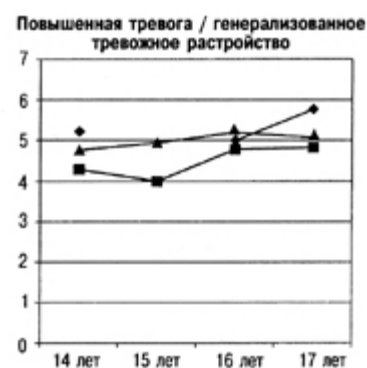
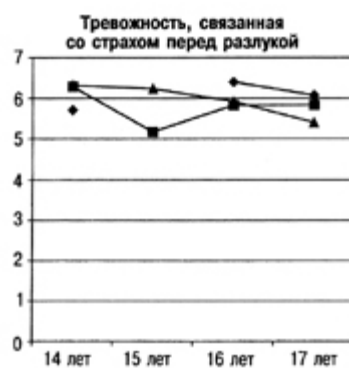
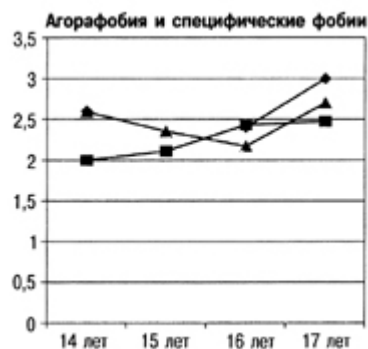
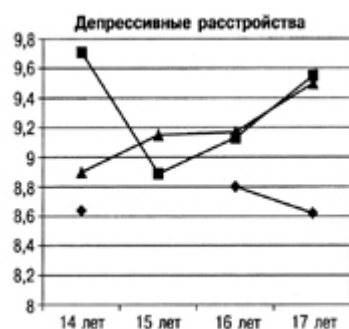
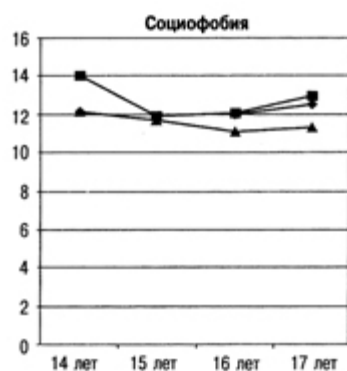
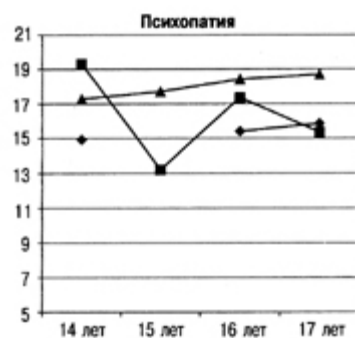
Окончание табл. 3.2

Группа	Возраст, лет			
	14	15	16	17
Группа риска	3,76	4,47	4,08	4,50
Среднее	3,17	4,13	3,54	3,91
<i>XIX — Злоупотребление алкоголем</i>				
Группа нормы	1,10	2,80	2,31	
Психиатрическая группа	3,46	3,72	2,65	3,42
Группа риска	1,83	3,09	3,42	2,90
Среднее	2,13	3,41	2,96	2,88
<i>XX — Злоупотребление наркотическими веществами</i>				
Группа нормы	9,17	19,80	15,85	
Психиатрическая группа	17,57	19,53	19,13	19,08
Группа риска	10,56	10,5	9,83	10,60
Среднее	12,43	15,02	16,25	15,18
<i>XXI — Посттравматическое стрессовое расстройство</i>				
Группа нормы	11,09	11,00	11,54	
Психиатрическая группа	10,29	10,50	11,00	10,39
Группа риска	11,88	11,88	11,58	11,60
Среднее	11,09	11,19	11,19	11,18

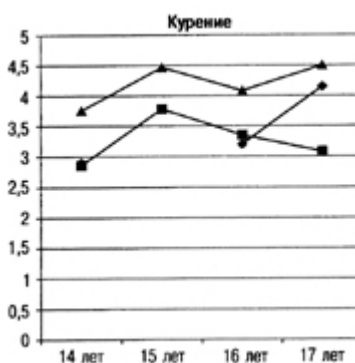
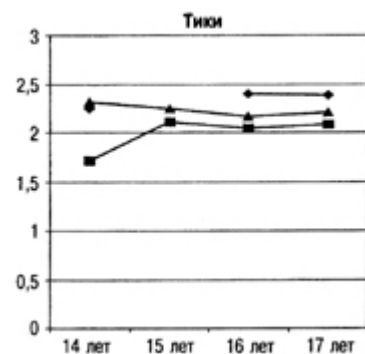
Примечание. В группе нормы отсутствует подгруппа 15-летних подростков, поэтому в таблице нет соответствующих показателей.

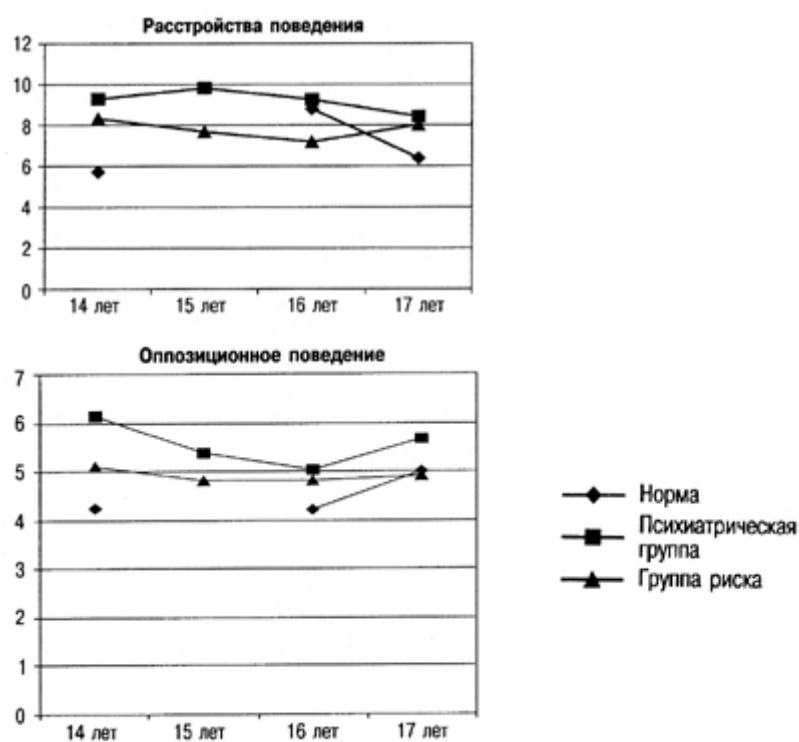
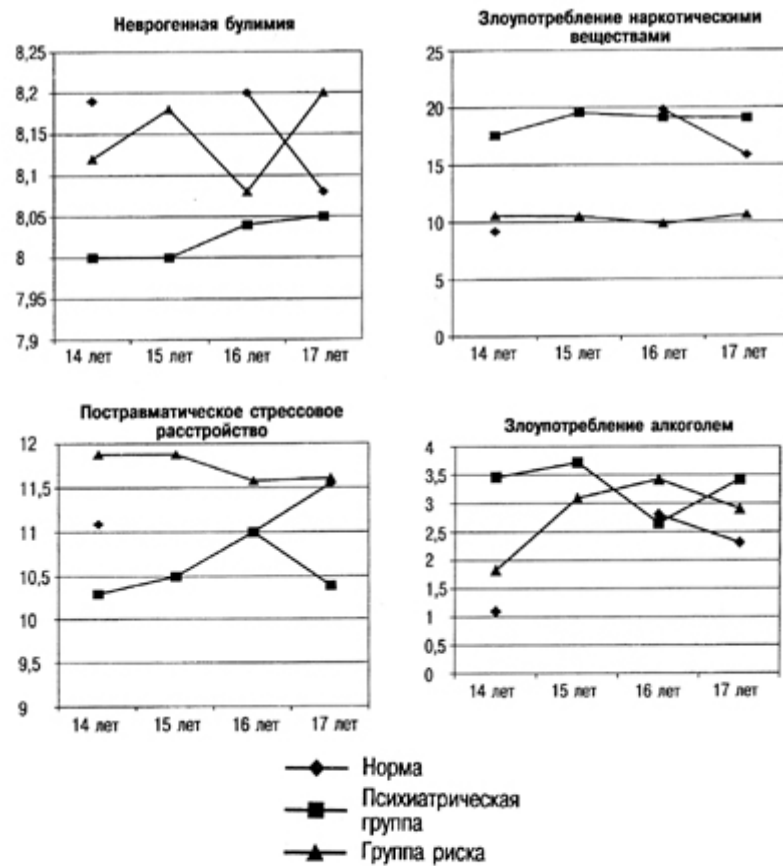
Для приведенных переменных *K-SADS* и «психопатии» (по методике Фрика) ниже нами приводятся графики, демонстрирующие изменения различий в баллах между группами в зависимости от фактора возраста.

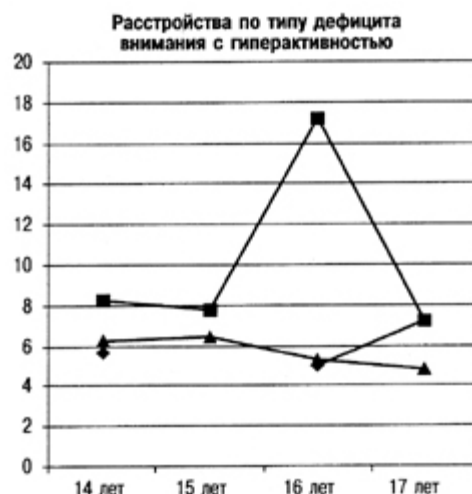
57



◆ Норма
 ■ Психиатрическая группа
 ▲ Группа риска







Представим установленные значимые влияния фактора возраста более подробно.

С «возрастом» была связана вариабельность показателей генерализованной тревоги, или *сверхтревожности* (для соответствующей шкалы VIII— $F=6,779$, $p=0,010$), злоупотребления *курением* (XVIII— $F=4,277$, $p=0,040$), *алкоголем* (XIX— $F=5,190$, $p=0,024$) и запрещенными *к употреблению веществами* (XX— $F=25,295$, $p=0,0001$) по результатам *K-SADS*. Но, как показывает соответствующий график, наибольший индекс шкалы *сверхтревожности* (генерализованной тревожности) имела в группе нормы, а наименьший — в психиатрической выборке (для *тревожности на почве избегания* по шкале VI максимальным показатель был в группе риска, а для шкалы VII — *специфических страхов* — у подростков психиатрической выборки).

Усиление тревожности связано с усилением ощущаемого подростками неблагополучия. Именно в случае нормы *сверхтревожность* возрастала. Повторим, что здесь в качестве испытуемых были выбраны дети, попавшие в поле зрения психолога именно с наметавшимися у них симптомами *школьной дезадаптации*. То есть можно говорить об этой психологической переменной как отражающей реакцию подростков на возникновение проблем с социальным окружением и на внутренне ощущаемое неблагополучие. Это подтверждается данными об усилении проблем *социализации*, что диагностируется показателем методики Т. Ахенбаха ($F=5,466$, $p=0,020$), и ожидаемым снижением с повзрослением в этой группе показателя СДВГ — *синдрома дефицита внимания и гиперактивности* ($F=7,601$, $p=0,006$).

Динамика изменения тревожности в группах нормы для российских подростков рассматривается в специальной монографии А. М. Прихожан [2000]. В частности, ею было выявлено усиление тревожности у подростков именно в периоды окончания неполной средней школы и выпуска из средней школы. Это как раз соответствует нашим данным о более высоких показателях по шкале VIII (*сверхтревожности*) у 14- и 17-летних подростков. Более того, для нас такая закономерность в определенной степени объясняет, почему в ту крайнюю группу нормы, с которой мы работали, не попали 15-летние подростки. Видимо, этот симптом отражает картину более кардинального неблагополучия, которая характерна для указанных возрастных границ (14 и 16—17 лет). В то же время не имеющие этого симптома 15-летние подростки (которые уже перешли в старшие

классы, но им еще остается два класса — 2 года — до окончания школы) не испытывают подобного

61

уровня эмоциональных и поведенческих проблем, что, собственно, и обусловило выпадение соответствующей возрастной подгруппы из нормативной выборки.

Последние три из названных показателей по *K-SADS* (злоупотребление курением, алкоголем и наркотическими веществами) явно сопутствуют углублению социальной дезадаптации подростков не только с возрастом (как показывает распределение показателей для нормативной выборки). В группе нормы они не просто увеличиваются с возрастом, но имеют максимальные баллы для 16-летних подростков. То есть здесь картина иная, чем в случае возрастной динамики симптомов тревожности. Можно сказать, что возрастная динамика симптомов злоупотребления курением, алкоголем и наркотическими веществами отражает отнюдь не переломные моменты взросления в связи с этапом окончания школы. Скорее можно предполагать иную «этапность» — связь злоупотребления курением и наркотическими веществами с *первичным* приобщением к этим показателям «взрослого» образа жизни.

«Принадлежность к группе» как основной фактор различий в психологическом профиле подростков

Для общей выборки обследованных с помощью полуструктурированного интервью подростков нами, согласно схеме исследования, были выделены три уровня фактора «принадлежность к группе». С помощью схемы однофакторного дисперсионного анализа мы смогли проверить гипотезы о различиях вариабельности количественных индексов шкал по *K-SADS* в зависимости от принадлежности подростков к той или иной группе. Полученные данные подтвердили различительную силу большинства шкал этой методики (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Результаты дисперсионного анализа влияния фактора «принадлежность к группе» на показатели полуструктурированного интервью

Переменная	<i>F</i>	<i>p</i>
I. Депрессивные расстройства	3,844	0,023
II. Мания	22,734	0,0001
III. Психотические расстройства	5,586	0,004

62

Окончание табл. 3.3

Переменная	<i>F</i>	<i>p</i>
IV. Панические расстройства	5,036	0,007
V. Тревожность в связи с боязнью разлуки	2,281	0,104
VI. Расстройство на почве избегания/Социофобия	4,067	0,018
VII. Агорафобия и специфические страхи	3,043	0,049
VIII. Повышенная тревожность/Генерализованное тревожное расстройство	9,348	0,0001
IX. Синдром навязчивых идей и поступков	2,892	0,057
X. Энурез	3,078	0,048
XI. Энкопрез	0,415	0,661
XII. Неврогенная анорексия	0,068	0,934
XIII. Неврогенная булимия	3,589	0,029

XIV.	Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)	12,925	0,0001
XV.	Оппозиционное поведение	8,917	0,0001
XVI.	Расстройства поведения	22,871	0,0001
XVII.	Тики	6,253	0,002
XVIII.	Злоупотребление курением	8,391	0,0001
XIX.	Злоупотребление алкоголем	10,456	0,0001
XX.	Злоупотребление наркотическими веществами	144,110	0,0001
XXI.	Посттравматическое стрессовое расстройство	14,352	0,0001

Примененный метод *general lineal model* для совокупной выборки всех 258 подростков показал значимые эффекты фактора «принадлежность к группе» (1, 2 или 3: нормы, риска отклоняющегося поведения и психиатрической выборки): $F=13,208$; λ (лямбда Уилкса)=0,199; $p=0,0001$. За исключением шкалы 5 (*тревожность*, связанная с боязнью разлуки), шкал 11 и 12 (*энкопрез* и *анорексия* — истощение на нервной почве), по всем остальным получены значимые различия между группами. Дело в том, что по названной шкале *тревожности*

63

подростки в группах находятся примерно на одном и том же уровне (симптом не связан с принадлежностью к группе). По двум другим шкалам различия отсутствуют по другой причине: слишком незначительно число случаев с этими симптомами.

Для других шкал важно также указание на то, в какую сторону направлены различия. В табл. 3.4 эти шкалы приводятся с указанием уровня значимости эффекта и результатов парных сравнений по критерию Шеффе, которые конкретизируют, какие именно группы значимо различаются между собой. Порядок возрастания количественных индексов приводится нами в последнем столбце этой таблицы, а их обсуждение продолжается в разных главах книги.

Таблица 3.4

Значимые различия между группами по шкалам полуструктурированного интервью K-SADS

№	Название переменной по K-SADS	Номер шкалы	Уровень значимости	Различия по Шеффе	Порядок возрастания средних
1	Депрессивные болезни	I	0,023	1—3	1→2→3
2	Тревожность на почве избегания	VI	0,018	2—3	3→1→2
3	Агорафобия и специфичные страхи	VII	0,049	1—3	2→1→3
4	Сверхтревожность	VIII	0,0001	1—2, 1—3	3→2→1
5	Синдром навязчивых идей и поступков	IX	0,057	2—3	3→1→2
6	Энурез (недержание мочи)	X	0,048	1—3	1→2→3
7	СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности)	XIV	0,0001	1—3, 2—3	1→2→3
8	Синдром оппозиционного поведения	XV	0,0001	1—3	1→2→3
9	Синдром расстройства поведения	XVI	0,0001	1—2, 1—3	1→2→3
10	Злоупотребление курением	XVIII	0,0001	1—2, 2—3	1→3→2

64

Окончание табл. 3.4

№	Название переменной по K-SADS	Номер шкалы	Уровень значимости	Различия по Шеффе	Порядок возрастания средних
11	Злоупотребление алкоголем	XIX	0,0001	1—2, 1—3	1→2→3

12	Злоупотребление наркотиками	XX	0,0001	1—3, 2—3	2→1→3
13	Травматические события	XXIa	0,0001	1—3, 2—3	3→1→2
14	Посттравматические стрессовые заболевания	XXIб	0,0001	1—2, 3—2	1→3→2

Примечание. В табл. 3.4 нет данных по шкалам, относимым к группам психозов (II—IV: мания, психотические расстройства, панические расстройства, тики) и психосоматических расстройств (анорексия, булимия). Результаты проведенного нами факторного анализа данных подтвердили объединение этих шкал вокруг 2 самостоятельных осей.

Обратим пока внимание только на следующие показатели. Выраженность *депрессивных заболеваний, энуреза, СДВГ, злоупотребления алкоголем* увеличивается при переходе от группы нормы к группе риска и далее — к психиатрической выборке. Эти изменения соответствуют предварительным гипотезам о сопутствующих расстройствах при выраженных поведенческих отклонениях у подростков, усугубляемых выраженностью факторов социальной дезадаптации и психопатологических предпосылок нарушений его психологической регуляции.

Показатель *травматических событий* оказывается, напротив, неожиданно низким (по частоте случаев) именно в психиатрической выборке, что статистически значимо. Также значимо и преобладание симптомов *посттравматических стрессовых заболеваний* у подростков группы риска. Для них это наиболее репрезентативный показатель отклонений в психическом развитии в связи с нарушением нормальных взаимоотношений с социальным окружением (причем часто не по вине подростка). То есть применительно к этой переменной правдоподобной представляется гипотеза о связи психологического неблагополучия, вызываемого эмоциональным дистрессом, с развитием у подростков делинквентности.

Остальные изменения измеренных с помощью полуструктурированного интервью переменных следует обсуждать особо, что и будет сделано по мере представления разных факторов социальной дезадаптации.

65

Таблица 3.5

Результаты профильного сравнения групп (по многомерному критерию) для эффекта взаимодействия переменных K-SADS и фактора «принадлежность к группе»

Название эффекта	λ Уилкса	F	Уровень значимости p	Значимость эффекта
Взаимодействие с фактором «группа»	0,862	3,250	0,0001	
Эффект переменных				
I	0,955	0,945	0,498	Незначим
V	0,973	0,570	0,852	Незначим
VI	0,934	1,423	0,164	Незначим
VII	0,870	3,039	0,001	Значим
VIII	0,890	2,504	0,005	Значим
IX	0,839	3,880	0,0001	Значим
X	0,936	1,382	0,182	Незначим
XIV	0,853	3,494	0,0001	Значим
XV	0,807	4,835	0,0001	Значим
XVI	0,790	5,398	0,0001	Значим
XVIII	0,883	2,691	0,003	Значим
XIX	0,958	0,878	0,563	Незначим

XX	0,904	2,141	0,019	Значим
XXI	0,968	0,668	0,768	Незначим
Группа	0,697	4,017	0,0001	Значим

Как показывает сравнение эффектов принадлежности к группе и взаимодействий этого фактора в качестве ковариаты с переменными полустандартизованного интервью *K-SADS* (табл. 3.3 и 3.5), переход к множественному *F*-критерию (*MANOVA*) ограничивает перечень тех шкал, которые в первую очередь следует рассматривать с точки зрения значимых отличий при профильном сравнении групп. Начнем со шкал поведенческих отклонений — *оппозиционного поведения* (XV)

66

и *расстройств поведения* (XVI); последнюю мы не называем здесь шкалой делинквентности, чтобы далее различать ее с названной так переменной другой методики — Т. Ахенбаха.

Предположения, что показатели по этим шкалам значимо отличаются у обследованных нами групп подростков и что рост индексов поведенческих проблем ребенка наблюдается с переходом от группы нормы к психиатрической выборке — с промежуточными индексами в группе риска, — полностью подтверждаются данными применения *K-SADS*, построенной в ориентировке на критерии неблагополучия психического статуса подростка. Отметим, что по индексу *оппозиционного поведения* подростки группы риска не отличаются значимо (сравнения по Шеффе) от подростков групп нормы и психиатрической выборки, занимая промежуточное положение между ними.

Ожидаемое увеличение индексов наблюдалось и по шкале СДВГ. *Синдром дефицита внимания и гиперактивности* рассматривается как состояние, пограничное между клиникой и нормой, и относится к так называемым малым мозговым дисфункциям. Его установление не означает психиатрической симптоматики. Нарастание индексов СДВГ сопровождало изменению индексов расстройств поведения при переходе от группы нормы к группе риска и далее — к психиатрической выборке. Отметим, что различие групп нормы и риска между собой по сравнениям Шеффе незначимо, т. е. более резким изменением выступило нарастание соответствующих проблем именно в группе психически больных подростков.

Симптомы *психозов* (шкалы II—IV) в эффектах взаимодействий уходят на второй план, будучи незначимыми, хотя, согласно данным табл. 3.3, они значимо связаны с принадлежностью испытуемых к группе (психиатрических пациентов). То есть в их основании лежат патопсихологические причины нарушений регуляции поведения.

Отметим различия по некоторым шкалам, которые при однофакторном (*ANOVA*) и многофакторном дисперсионном анализе данных переходят из разряда незначимых в значимые или наоборот.

Так, согласно табл. 3.4, не достигает должного уровня значимости эффект различия групп по шкале IX — *синдром навязчивых идей и поступков*. Но при учете «принадлежности группы» как фактора, учитывающего внутригрупповую вариабельность индексов, эффект взаимодействия с этой переменной становится значимым (переменная IX

67

в табл. 3.5). Максимальное среднее здесь характеризует подростков группы риска. Минимальный средний индекс был получен именно у подростков, тестированных в условиях клиники. Этот результат противоречит предположению о роли соответствующей симптоматики в установлении психического здоровья подростка. Но три обстоятельства несколько проясняют полученный факт максимальных индексов по этой шкале у подростков группы риска, а не у подростков с психиатрическим диагнозом.

1. В условиях стационарного пребывания в клинике принудительного лечения заданные шкалой вопросы интервью прямо связываются подростком с фактом пребывания в клинике, и это может вызывать симуляцию (отказ признавать выраженность соответствующих симптомов).
2. В условиях клиники интервьюер в определенной степени фиксировал уже результаты лечения, и ребенок признавал снятие такой симптоматики.
3. Нозологическая принадлежность испытуемых в нашей выборке оказалось такой, что для большей части больных подростков эта шкала была нерепрезентативна.

По характеристике нашего обследования как эпидемиологического мы брали в качестве испытуемых всех подростков (в заданном возрастном интервале), оказавшихся на момент тестирования в стационаре.

Наконец укажем в связи с рассмотренными данными проблему применения клинически апробированного интервью *K-SADS* к подросткам групп нормы: названная шкала, как и другие (II—IV), в случае нормы фиксирует ряд переживаний (из субъективного опыта ребенка), которые могут не иметь характеристик психопатологических симптомов, но формально могут оцениваться в заданных методикой баллах (от 1 до 3). Тогда эта шкала отражает скорее показатель дифференцированности системы переживаний, закономерно сниженный у подростка с эмоциональным неблагополучием, со снижением интеллекта и с максимально выраженными поведенческими проблемами, что и было характерным именно для подростков психиатрической выборки.

Рассмотрим также индексы по шкалам I — *депрессия* — и X — *энурез*, значимо различавшиеся при унивариативном дисперсионном анализе и соответствующие предположению о высоте их по сравнению с нормой.

68

Последняя шкала (X) часто интерпретируется как симптом органического поражения ЦНС. Но более оправданной, особенно когда речь идет о подростках с поведенческими отклонениями, представляется интерпретация этого симптома как пассивной формы *оппозиционного* (протестного) поведения [Подростковая судебная..., 1998]. Полученные по ней различия ожидаемы: значимо отличается психиатрическая выборка; среднее положение показателей подростков из группы риска подтверждается незначимым их отличием как от 1-й, так и от 3-й группы.

Следующий различающий группы показатель — *депрессии* — специально обсуждается ниже.

Сопутствующие переменные

Депрессия

Депрессия также рассматривается авторами, следующими классификации *DSM-IV*, как коморбидное свойство, сопутствующее отклоняющемуся поведению. Отечественные авторы считают, что депрессивные переживания могут характеризовать «пубертатный криз», но чаще они имеют скрытый характер, а на первый план выступает симптоматика озлобленности, агрессивности и протестного поведения [Подростковая судебная..., 1998].

Рассмотрим более подробно полученные нами результаты, отражающие распределение испытуемых по показателям депрессии (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Распределение испытуемых по шкалам «депрессии» и «травматических событий»

	1-я группа				2-я группа				3-я группа			
I. Депрессия $m=9$	≤ 9		> 9		≤ 9		> 9		≤ 9		> 9	
Частота	63		12		67		30		51		35	
XXI. Травматические события $m=11$	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11
Частота	53	10	11	1	42	25	7	23	50	1	33	2

В целом по совокупной выборке в 258 человек медиана (m) по показателю депрессии равна 9. Таблица частотной встречаемости количественных

69

индексов депрессии свидетельствует о явно схожих типах распределения признака в группах, но с увеличением удельного веса более высоких, чем медиана, показателей в психиатрической выборке. То есть наши данные свидетельствуют в пользу связи соответствующих этой шкале психогенных реакций с постепенным переходом от скрытой симптоматики вариабельности свойства в норме подросткового развития к более явным проявлениям депрессии при переходе подростков в группы риска и пациентов с психиатрическим диагнозом. Значимыми здесь будут именно различия между группами нормы и пациентами психиатрической клиники, в то время как группа риска — с промежуточными между ними индексами — статистически не отличается от названных двух групп.

Посттравматический стресс

Мы уже рассмотрели тот факт, что наличие *травматических событий* не различало группы 1 и 2, но отличало группу 3 (по их значимо меньшему числу в психиатрической выборке). Однако средние в баллах здесь на самом деле сходны (11,3—11,8—10,6), т. е. не таковы, чтобы настаивать на существенно разной встречаемости травматических событий.

Особенно яркими выглядят на этом фоне различия по шкале *посттравматических стрессовых заболеваний*. Средние — в баллах (1-я группа — 2,5 балла; 2-я — 10,5; 3-я — 6) — и частотное распределение согласно медианному расщеплению выборки (табл. 3.6) свидетельствуют о том, что *дистресс* в группе психиатрической клиники выше, чем в группе нормы; но самый высокий балл характеризует группу риска.

Одно из наиболее правдоподобных объяснений этому состоит в том, что и в группе риска, и в психиатрической эти показатели были бы сходны, если бы не тот факт, что в условиях клиники *подростков лечили*, т. е. в группе 3 лечение снимает те показатели дистресса, которые остаются достаточно сильно выраженными у подростков из группы риска. Последние не получили той необходимой помощи, без которой они продолжают нести в себе внутриличностные конфликты и переживания, которые не принимают такую форму в нормальных условиях взаимодействия с окружением (как в группе нормы) или при оказании подростку необходимой помощи (как в психиатрической выборке).

Теперь рассмотрим установленные связи повышенных показателей поведенческих расстройств с другими симптомами, рассматриваемыми

70

как сопутствующие личностные изменения, или коморбидные.

Тревожность

К коморбидным расстройствам в шкалах *K-SADS* можно отнести *тревожные расстройства*. Это *сверхтревожность* (или *общая тревожность*), *социофобия* и *специфические страхи* (фобии). Полученные нами для российских выборок подростков результаты выглядят неожиданными именно по факторам тревожности.

Как следует из табл. 3.6, показатели *специфических страхов* (шкала VII) возрастают от групп 2 и 1, различие между которыми незначимо, к группе 3. Значимым оказывается отличие психиатрической выборки, для которой шкала VII выглядит репрезентативной именно с точки зрения *патологической обусловленности тревожности и страхов*.

Но по шкале *сверхтревожности* (VIII), как уже говорилось, показатели значимо выше именно в группе нормы, а более низкие показатели групп риска и психиатрической выборки значимо не различаются между собой. Можно сказать, что шкала VIII оказалась более репрезентативной для *непатологически обусловленной тревожности*, связанной с самоконтролем в норме и его разрушением при переходе — по внешнему критерию — к группам подростков с делинквентным и асоциальным поведением.

Наименьшие показатели *сверхтревожности* как общей, генерализованной тревожности проявили именно подростки с девиантным поведением. Этот факт свидетельствует против привычного предположения о связи поведенческих нарушений с ростом у подростков проблем эмоциональных, проявляющихся, в частности, в повышенной тревожности. Тем самым можно констатировать особого рода психологическое неблагополучие российских подростков, нарушающих социальные нормы поведения: эти подростки оказались не тревожными, что требует переосмысления оснований их тренда в группы «риска».

По шкале VI — *заболевания на почве избегания* (социофобии, тревожность в связи с боязнью разлуки) — самый низкий показатель также у подростков — пациентов психиатрической клиники, выше — в группе нормы, еще выше — в группе риска; причем значимо различаются группы риска и психиатрическая. Следовательно, *тревожность в связи с боязнью потери ближайшего окружения*, включая социофобии,

наиболее характеризует именно подростков с делинквентным поведением группы риска. То есть соответствующая шкала VI оказалась более репрезентативной, чем шкала генерализованной тревожности, для лиц с социальной дезадаптацией. Фактор болезни в группе подростков с психиатрическим диагнозом определял скорее снижение ориентировки подростков на социальное окружение и определенное безразличие к нему.

Таблица 3.7

Распределение испытуемых по двойному медианному расщеплению для шкал «оппозиционного поведения» (XV), «тревожности в связи с боязнью разлуки» (VI) и «специфических страхов» (VII)

	Группа 1(75)				Группа 2(97)				Группа 3(86)			
XV m=5	≤5=59		>5=16		≤5=63		>5=34		≤5=41		>5=45	
VI m=11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11
частота	24	35	8	8	43	20	25	9	23	18	20	25
VII m=2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2
частота	30	19	5	11	47	16	0	34	31	10	40	5
XVI m=7	≤7	>7	≤7	>7	≤7	>7	≤7	>7	≤7	>7	≤7	>7
частота	56	3	12	4	38	25	10	24	29	12	12	33

Таблица 3.8

Распределение испытуемых по двойному медианному расщеплению для шкалы «поведенческих расстройств» (XVI)

	Группа 1(75)				Группа 2(97)				Группа 3(86)			
XVI m=7	≤7=68		>7=7		≤7=48		>7=49		≤7=41		>7=45	
VI m=11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11	≤11	>11
частота	28	40	4	3	37	11	31	18	16	25	26	19
VII m=2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2	≤2	>2
частота	32	36	3	4	40	8	34	15	28	13	43	2

Таблицы 3.7 и 3.8 демонстрируют результаты более подробного сопоставления нами двух форм отклоняющегося поведения как связанных

с показателями тревожных расстройств (отдельно для шкал VI, VII и VIII). Использование медианы, а не среднего, лучше представляет здесь тенденции во взаимосвязях индексов.

Соотношение показателя *тревожность в связи с боязнью разлуки* в «норме» иное, чем в группах риска и психиатрической: случаи с индексом, большим или равным медиане (по шкале VI), у обычных подростков чаще встречались в подгруппе с меньшим уровнем *оппозиционного поведения* (XV). В группе риска общая тенденция меняется: большая часть испытуемых — в обеих подгруппах с более и менее низкими индексами *оппозиционного поведения* — не достигает общей медианы по этому индексу тревожности. Большая частота случаев превышения медианы по шкале *оппозиционного поведения* в группе риска при сопутствующем увеличении числа случаев с меньшим индексом по рассматриваемой шкале тревожности и приводит к тому, что в целом средние по этой шкале оказываются здесь ниже.

Для выборки психиатрических пациентов в целом характерен большой удельный вес случаев высокого уровня *оппозиционного поведения* (выше медианы), но одновременно и большой удельный вес случаев сопутствующего превышения показателя по *социофобии* (в подгруппе с большим показателем

оппозиционного поведения). То есть возрастание индекса по шкале VI не нарушает тенденцию «сопутствия», но таблица раскрывает, что более высокий индекс дает другая подгруппа. Таким образом, учет двух шкал (психопатологической симптоматики) одновременно позволяет выявить действительно разные тенденции для подростков группы «нормы» и психиатрической выборки и не ошибиться, ориентируясь только на выборочные средние.

Аналогичный анализ данных в табл. 3.7 позволяет увидеть картину связей с сопутствующими переменными, которая также специфична для подростков с психиатрическим диагнозом. Здесь меньший, чем медиана, индекс *специфических страхов* (включая боязнь животных) дает самая большая подгруппа подростков с высоким индексом *оппозиционного* поведения. Характерно также, что в группе риска число превышения медианного индекса по обеим шкалам сразу вообще совпадает; здесь в отличие от психиатрической выборки больший страх сопутствует более выраженному оппозиционному поведению. Итак, дело не столько в различии выборочных средних, сколько в разнице тенденций: отличаются не только психиатрическая выборка (от группы

73

нормы), но и группа риска (от обеих других групп — с иным соотношением частот индексов двух шкал).

Таблица 3.9

Распределение испытуемых по сопряженным шкалам «оппозиционного поведения», «расстройств поведения» (XV и XVI) и «сверхтрезвости» (VIII)

	Группа 1(75)						Группа 2(97)						Группа 3(86)					
XV m=5	≤5=59			>5=16			≤5=63			>5=34			≤5=41			>5=45		
VIII m=5	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6
Частота	19	34	6	1	11	4	27	31	5	17	14	3	29	6	6	30	13	2
XVI m=7	≤7=68			>7=7			≤7=48			>7=49			≤7=41			>7=45		
VIII m=5	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6	<5	5,6	>6
Частота	18	41	9	2	4	1	26	19	3	18	26	5	24	10	7	35	9	1

Таблица 3.9 также позволяет прояснить ответ на вопрос, какие подгруппы своим удельным весом влияли на полученное соотношение средних индексов. В целом у лиц с меньшим индексом *оппозиционного поведения* наблюдаются и меньшие индексы общей тревожности, или *сверхтрезвости* (шкала VIII). Но группы 1, 2 и 3 демонстрируют существенно разную частоту встречаемости такого коморбидного расстройства, как высокий индекс оппозиционного поведения при низкой тревожности (1, 17 и 30 случаев). Поэтому средние показатели уменьшились от группы нормы к группе риска и самыми малыми по величине оказались у подростков с психиатрическим диагнозом.

Результаты по методикам «листы наблюдения»

Аналогично проведенный дисперсионный анализ для показателей методик П. Фрика и Т. Ахенбаха также выявил значимые различия по фактору «принадлежность к группе» по большинству шкал. Незначимыми по ANOVA были только различия переменных «соматизация» (наличие соматических проблем) и «интернализация» (внутреннее выражение проблем). Общее различие профилей групп значимо: $p=0,0001$; $F=11,273$; λ Уилкса=0,441.

По совокупности зависимых переменных для всех трех методик фактор принадлежности к группе также обнаружил значимый эффект.

74

Многомерный критерий — сравнение совокупных профилей — показал значимость различий между группами на уровне $p=0,0001$; $F=11,393$; λ Уилкса=0,139.

Отметим также связь между показателями оппозиционного поведения и расстройств поведения.

Таблица 3.10

Результаты медианного расщепления по шкалам «оппозиционного поведения» и «расстройств поведения»

	Группа нормы (75)		Группа риска (97)		Психиатрические пациенты (86)	
<i>XV m=5</i>	$\leq 5=59$	$>5=16$	$\leq 5=63$	$>5=34$	$\leq 5=41$	$>5=45$
<i>XVI m=7</i>	$\leq 7=68$	$>7=7$	$\leq 7=48$	$>7=49$	$\leq 7=41$	$>7=45$

В контрольной группе (нормы), как и следовало ожидать, большая часть подростков демонстрирует меньшие, чем медиана по совокупной выборке, показатели *поведенческих отклонений*, причем чуть с большим удельным весом проявлений *оппозиционного поведения* по сравнению с симптоматикой *расстройства поведения*. В группе риска уже половина подростков (49 человек) характеризуются большим, чем медиана, показателем поведенческих отклонений. Причем это касается уже именно шкалы *расстройств поведения*, в то время как по *оппозиционно-протестному поведению* «зашкаливает» в сторону самых высоких показателей только 1/3 группы (34 человека).

При сравнении групп риска и психиатрических пациентов можно видеть схожее распределение данных по шкале *поведенческих расстройств*, отличающее их от группы нормы, и больший удельный вес *оппозиционного поведения* у подростков с установленным психиатрическим диагнозом.

У психиатрических пациентов чуть более 1/2 группы (разница на 4 человека) обладает установленной симптоматикой поведенческих нарушений по обеим шкалам *K-SADS*. Но следует учесть, что в оставшуюся 1/2 группы почти полностью входят данные тех 20 подростков, которые не совершали правонарушений и обследовались амбулаторно. То есть вклад в проявления отклоняющегося поведения со стороны психопатологических факторов выглядит меньшим, если учитывать в качестве ковариаты такую переменную, как «совершение правонарушений». Можно сказать, что обе группы, отличающиеся от нормы, продемонстрировали схожий тренд в сторону симптоматики отклоняющегося

75

поведения. Но у обследованных в условиях клиники и совершивших ООД подростков констатируется более тесная связь проявлений делинквентности с психопатологическими факторами.

Обсуждение установленных различий между группами подростков

Полученные нами данные в целом подтверждают гипотезы о связях симптомов оппозиционного поведения и расстройств поведения (включая риск

делинквентного) с принадлежностью к группам риска и психиатрических пациентов. Показатели по соответствующим двум шкалам *K-SADS* значимо отличаются в этих двух группах от группы нормы, средние индексов возрастают закономерно к психиатрической выборке, хотя между группами 2 и 3 различие незначимо. Все три выборки охватывали возрастные рамки 14—17 лет, и связанные с переходным возрастом и пубертатным кризисом нарушения составили общий для подростковых групп фон. Таким образом, *критериальная валидность* апробированного полуструктурированного интервью с точки зрения различения выраженности поведенческих отклонений достаточно высока.

Напомним, что в *DSM-IV* разводятся формы *оппозиционного* (или *протестного, неповивающегося*) *поведения* и *расстройств поведения*, названных *делинквентным поведением*. Оба вида поведенческих отклонений коррелируют с такими внешними (критериальными) переменными, как низкий социоэкономический статус семьи, асоциальное поведение родителей, криминальность и нарушения родительской практики. Это и позволяет ряду авторов рассматривать поведенческие расстройства в качестве единой психологической реальности.

Единый показатель задается, в частности, и методикой П. Фрика (психопатическое поведение). Но его показатель *психопатии* в обследованных нами выборках изменялся не в полном соответствии с индексами поведенческих расстройств. Он был самым большим в группе риска, а у подростков с психиатрическим диагнозом, где 2/3 выборки имели правонарушения, индекс *психопатии* значимо не отличался от имевшего место в группе нормы. Таким образом, хотя по этой методике наши группы подростков также значимо различались, психопатическая симптоматика в большей степени была связана с негативизмом, поведенческими расстройствами и эмоциональными проблемами у подростков в группе риска, но не с поведенческими девиациями, которые

76

в равной степени характеризовали подростков-правонарушителей из психиатрической выборки.

Полученные нами данные также свидетельствуют в пользу необходимости разводить, не смешивать две шкалы — *оппозиционного поведения* и *поведенческих расстройств*, включающих риск *делинквентного поведения*, поскольку с психологическими основами поведенческих отклонений в них связаны разные факторы.

Нами было отмечено, что именно снижение показателей *сверхтревожности* связано с нарастанием индексов *делинквентного поведения*.

Более подробно остановимся на последнем индексе *K-SADS*. Это *посттравматические стрессовые расстройства*; по входящему сюда показателю «травматические события» обнаружены правдоподобные значимые различия между группами. Слишком большой удельный вес показателя «данные отсутствуют» для следующей шкалы, кратко называемой также «посттравматические реакции», объясняет незначимость различий между группой нормы и психиатрической выборкой. Длительность обследования подростков, проходящих лечение в психиатрической клинике, приводила часто к тому, что бланки последней шкалы оставались незаполненными.

Посттравматические стрессовые расстройства относят наряду с депривацией (тракуемой психиатрами как дефицит удовлетворения биологически и социально

значимых потребностей) к основным *психогенным расстройствам в подростковом возрасте*. Поведенческие нарушения, вплоть до делинквентных (и криминальных) форм рассматриваются в отечественной подростковой психиатрии в качестве внешнего выражения психических расстройств. Термин «психогении» отражает связь заболевания с психогенной травмой. Это расстройства функциональные, излечимые, т. е. обратимые; их основные формы — психореактивные состояния и неврозы.

У детей и подростков психогенная симптоматика «как бы вырастает из нормальных возрастных психологических особенностей» [Подростковая судебная..., 1998, с. 189]. Критерии различения нормальных возрастных девиаций и связанных с началом заболевания психогенных расстройств неявны, малоубедительны. И хотя методика *K-SADS* в диагностике этой симптоматики ориентирована на клинические критерии (*DSM-IV*), применение ее к норме оставляет большое поле свободы в интерпретации интервьюером и самим подростком того, какие события они считают травматическими. На наш взгляд, здесь имеется большое место для проецирования в ответы психогенной, но не в клиническом смысле, симптоматики.

Клинические критерии позволяют относить к психогенным травмам длительные психологическое истязание и физическое насилие, чаще всего встречаемые в неблагополучных семьях и в закрытых детских учреждениях. С точки зрения состава обследованных групп по этим обстоятельствам действительно на первое место следует поставить нашу группу 2 — группу риска. Необходимо также внести уточнения, учитывая состав группы 3: большая часть диагнозов выходит здесь за рамки психогений. Тем самым полученные нами результаты не являются необычными. Именно среди подростков группы «риска» психогенные травмы и возрастные девиации (пубертатный криз) наиболее актуальны. А в обследованной выборке психиатрически больных подростков выраженные поведенческие расстройства не связаны столь прямо с наличием травматических событий либо таковые недостаточно ими осмысливаются и переживаются.

Отдельного рассмотрения заслуживает *синдром дефицита внимания и гиперактивности — СДВГ*. Мы указали возрастание этого индекса в наших группах от 1 к 2 и к 3. Значимо не отличались, однако, группы нормы и риска. Учитывая связь этого показателя со школьной дезадаптацией, мы должны были ожидать здесь значимого различия. Но в то же время необходимо учитывать, что подростки нашей группы нормы — это те, кто обратил на себя внимание психолога именно в связи с их проблемами в школе. То есть закономерно предполагать, что у них можно было ожидать более часто встречающийся СДВГ, чем у подростков, не характеризующихся поведенческими проблемами. Сопутствие этого синдрома поведенческим расстройствам проявилось в одинаковом изменении показателей (в сторону увеличения среднего по выборке при переходе к пациентам психиатрической клиники).

Учитывая связь СДВГ, с одной стороны, с так называемыми малыми мозговыми дисфункциями и генетическим фактором, а с другой — с семейным неблагополучием [Заваденко, 1999], его взаимодействию с другими психопатологическими симптомами следует уделить особое внимание, что и сделано в специальной главе 6. Сейчас только отметим взаимоподтверждаемость для этого симптома данных, полученных по методикам полуструктурированного интервью *K-SADS* и «листу наблюдений» Т. Ахенбаха по этой шкале. Как и в случае

шкалы *поведенческих расстройств*, наши данные позволили выявить сходную картину в направлениях различия групп по выборочным средним, что свидетельствует о конвергентной валидности методик (в этом аспекте отражения психологических проблем ребенка).

78

По показателям *соматических проблем* и *интернализации* (как внутренних симптомов психологического неблагополучия), согласно методике Ахенбаха, наши группы не различались. Первое свидетельствует, на наш взгляд, об общем фоне недостаточного физического здоровья детей независимо от принадлежности к группам; зарубежными авторами, как нам кажется, делается существенная ошибка: они недоучитывают этот фактор при сопоставлении данных по методике для российской и американской выборок [Karter, Grigorenko, Pauls, 1995]. Второе — о нарастании внутриличностных конфликтов и неумении переводить возникающие проблемы в русло их адекватного разрешения, т. е. стратегии «загонять проблему внутрь» как общего свойства подростков в российских выборках.

Дополнительно представленные в методике Ахенбаха шкалы — агрессии, тревожности, замкнутости — дают информацию о неклинических симптомах. Их прямое сопоставление со шкалами *K-SADS* затруднительно, поэтому мы поставили цель отдельно рассмотреть влияние показателей психического неблагополучия по *K-SADS* на индексы шкал методики Ахенбаха. Применение всех апробированных методик, как свидетельствуют наши результаты, также дает значимые различия между группами и каждой в отдельности. Подробнее аспекты их взаимодополняемости мы рассмотрим после другого варианта обработки данных.

Итак, для обследованных групп российских подростков выявлена иная картина связей между нарастанием симптомов *поведенческих расстройств* (от группы нормы к группам риска и психиатрической) и *сопутствующими* шкалами, отражающими симптомы психического нездоровья и психологических проблем ребенка, чем в зарубежных исследованиях, использовавших сходные психодиагностические средства.

79

Глава 4

Факторы внешних условий как детерминанты психологического неблагополучия и поведенческих нарушений

Влияние нарушений социальной экологии (как условий жизни) на психологические особенности подростков

Целью излагаемой в этой главе части нашего эпидемиологического исследования стало представление результатов обследования подростков с точки зрения

выявления эффектов влияния социальных факторов развития в условиях нестабильности, характеризующих движение российских подростков в «зону риска». В отличие от задач статистической констатации углубляющегося неблагополучия, которое отмечают многие авторы [Собкин, Кузнецова, 1998; Шульга, Олиференко, 1997], мы видели главной задачей дифференциацию тех психологических особенностей, которые репрезентативны с точки зрения усиливающегося психологического неблагополучия подростков. В первую очередь мы хотели диагностировать различия психологических профилей групп, отличающихся по симптоматике отклоняющегося поведения.

В соответствии с данными анамнеза, получаемыми в предварительной беседе с подростком и наблюдающими его взрослыми (учитель, воспитатель соответствующего учреждения, врач или психолог), были построены перечисляемые ниже качественные переменные, рассматриваемые как факторы *социальных (внешних) условий развития* подростка.

80

Сравнение показателей в соответствии с тремя использованными психологическими методиками проводилось для совокупной выборки в 258 человек, где основным внешним критерием, или аналогом независимой переменной, выступил фактор «принадлежность к группе». Кроме того, рассматривая названный фактор как ковариату, мы в качестве воздействующих на психологические показатели внешних факторов рассмотрели влияния со стороны качественных переменных, построенных по результатам предваряющего интервью качественных переменных:

- отношение подростка к учебе и школе;
- отношения со сверстниками;
- отношения в семье;
- факты приводов в милицию (правонарушений со стороны подростка);
- алкоголизация в семье (пьет мать, отец, отчим, все члены семьи);
- количество детей в семье;
- образование и работа матери и отца.

Семейное неблагополучие, школьная дезадаптация, такие травматические события, как смерть одного из родителей, жестокое обращение с ребенком — в семье и вне семьи, — эти факторы выступают на первый план при рассмотрении нарушенной *социальной экологии* в условиях жизни подростка. Тенденции криминализации подростковой среды рассматриваются в связи с такими факторами, как проживание ребенка в неполной семье, отчего он лишается необходимых моделей поведения для множества ситуаций, распространением в среде подростков курения и злоупотребления наркотическими веществами, внедрением в сознание агрессивных моделей поведения вследствие специального построения программ телепередач (и в частности, рекламы) [Собкин, Кузнецова, 1998]. Одной из наших задач стала конкретизация влияния ряда этих факторов внешних условий на психологическую симптоматику при горизонтальном сравнении групп детей — нормы и с установленным внешним критерием поведенческих расстройств.

Итак, задачей исследования было установление тех переменных социального окружения ребенка, которые значимо влияли на психологические особенности и выраженность поведенческих расстройств у подростков, относимых к группам нормы, риска и психиатрической выборки.

Результаты влияний факторов семейного неблагополучия

В табл. 4.1 представлены сводные данные о значимых эффектах влияния таких переменных *внешних условий*, как *состав семьи* (полная, неполная, ребенок живет с отчимом, с приемными родителями, с бабушкой, группы 1—5 в табл. 4.2), *отношения в семье*, *алкоголизация в семье* и ряд других, построенных как качественные переменные по результатам предварительной беседы.

Таблица 4.1

Эффекты факторов внешних условий

Переменная	Семья	Жестокое обращение	Отношения в семье	Алкоголизация	Лишение родительских прав	Смерть одного из родителей	Криминализация
I — депрессия	0,054	0,013					
III — психозы	0,030	0,053	0,041				
V — тревожность в связи с боязнью разлуки		0,011					
VII — специфические страхи и агорафобия	*0,075	0,004		0,050			
VIII — сверхтревожность, или общая тревожность		0,006	0,054				
XI — энкопрез			0,027				

Продолжение табл. 4.1

Переменная	Семья	Жестокое обращение	Отношения в семье	Алкоголизация	Лишение родительских прав	Смерть одного из родителей	Криминализация
XIII — булимия на нервной почве		0,013			0,010		
XIV — СДВГ		0,009		0,014			
XV — синдром оппозиционного поведения		0,006					0,011
XVI — синдром расстройства поведения	0,001	*0,080			0,002		
XVII — тики	0,051	0,002					
XIX — злоупотребление алкоголем			0,014				0,034
XX — злоупотребление наркотическими веществами	0,013			0,013	0,025		
Проблемы социализации		0,024	*0,083			0,004	
Проблемы мышления	0,037						

Переменная	Семья	Жестокое обращение	Отношения в семье	Алкоголизация	Лишение родительских прав	Смерть одного из родителей	Криминализация
Делинквентность	0,0001	0,007		0,004	0,004		

Примечание. В таблице приведены уровни значимости эффектов внешних факторов на показатели шкал полуструктурированного интервью (шкалы I—XX) и «листа наблюдений» Ахенбаха. Звездочкой отмечены случаи влияния внешних факторов, где не достигнут требуемый уровень значимости эффекта, но последний намечен как тенденция.

Как следует из табл. 4.1, факторы семейного неблагополучия (состав семьи, отношения в семье) и нарушенной родительской практики (лишение родительских прав, проживание с другими взрослыми — неродителями) значимо влияют на показатель делинквентного поведения, измерен ли он путем полустандартизованного интервью (шкалы XV и XVI) или с помощью методики Ахенбаха. Эти же три качественные переменные внешних условий влияют и на большинство показателей отклонений от психического здоровья (по *K-SADS*).

Социальная дезадаптация также закономерно усиливается под воздействием факторов *жестокое обращение, нарушенных отношений в семье и смерти родителей.*

Любопытен еще один результат: условия семьи влияют на показатель *проблем мышления*; скорее следовало бы ожидать нарушений внимания и гиперактивность, но именно показатель СДВГ оказался вне значимых эффектов рассмотренных переменных, как и показатели *агрессии, замкнутости, соматизации и тревожности* по Ахенбаху.

Представим более подробно распределение показателей по первым двум переменным семейной экологии.

Анализ частотного распределения фактора, который далее кратко называется семья, проведен исходя из учета пяти подгрупп:

- полная семья;
- неполная семья;
- в семье отчим или мачеха;
- приемные родители;
- ребенок живет с опекуном.

Таблица 4.2

Распределение испытуемых по переменной «состав семьи»

Группа	Показатель						Всего
	0	1	2	3	4	5	
1	0	52 69,3%	18 24,0%	3 4,0%	1 1,3%	1 1,3%	75 100%
2	0 0%	28 28,9%	33 34,0%	23 23,7%	5 5,2%	8 8,2%	97 100%
3	1 1,2%	27 31,4%	38 44,2%	13 15,1%	0 0%	7 8,1%	86 100%

Примечание. 0 — сведений нет, остальные 5 уровней соответствуют названным ранее подгруппам.

Частотная таблица оказывается достаточно репрезентативной, чтобы увидеть различия в условиях семейного окружения подростков в разных группах. Более 2/3 детей в группе нормы живут в условиях ненарушенного семейного окружения, в то

время как в группах риска и психиатрических пациентов таковых менее 1/3. Так же прозрачны и результаты, представленные в табл. 4.3. Не сталкивались с жестоким обращением 96% подростков группы нормы (подгруппа 3). Испытывали жестокое обращение, причем в основном вне семьи, 1/5 подростков из группы риска и 1/3 — из психиатрических пациентов.

Таблица 4.3

Распределение показателя «жестокое обращение»

Группа	Показатель				Всего
	0	1	2	3	
1	0(0%)	3(4,0%)	0(0%)	72(96,0%)	75(100%)
2	50(51,5%)	20(20,6%)	1(1,0%)	26(26,8%)	97(100%)
3	3(3,5%)	29(33,7%)	4(4,7%)	50(58,1%)	86(100%)

Примечание. 0 — сведений нет, 1 — в семье, 2 — в другой среде (вне семьи), 3 — фактов насилия не было. В группе риска более чем в половине случаев сведений нет; это связано отчасти с тем, что при опросе в детском приемнике-распределителе подростки опасались говорить на эту тему; в условиях же спецшколы для детей группы риска эта потеря информации была связана с тем, что проводящий тестирование психолог работал здесь на постоянной основе и, видимо, либо излишне положился на свое представление проблем ребенка, либо именно в этом пункте предварительного интервью еще не достаточно установил доверительное общение.

85

Результаты дисперсионного анализа. Конкретизируем уровни переменных, определявших внутригрупповые различия в каждой из обследованных групп подростков. Это факторы *отношение к школе, отношения со сверстниками, количество детей в семье, а также криминализация* — приводы в милицию и правонарушения со стороны подростка.

Таблица 4.4 демонстрирует результаты применения *MANOVA* для общей выборки 258 подростков, учитывая фактор «принадлежности группы» как дополнительный источник межгрупповых различий. В таблицу включены только значимые эффекты влияний этих четырех факторов, а также факторов *образования и работы* матери и отца; последние четыре фактора более подробно описаны ниже.

Таблица 4.4

Эффекты влияний факторов внешних условий развития

Эффекты влияния факторов внешней среды на развитие				
Зависимая переменная		Эффект фактора		Взаимодействие с принадлежностью к группе
1. Фактор: отношение к школе				
ЗП	F	p	F	p
I	2,437	0,011	—	—
IX	2,029	0,037	—	—
XIII	2,313	0,016	3,871	0,050
XV	2,864	0,003	—	—
XVI	5,517	0,0001	—	—
XVIII	2,889	0,003	—	—
XX	8,093	0,0001	87,522	0,0001
XXI	3,208	0,001	—	—
Психопатия	6,336	0,0001	—	—
Тревожность	2,246	0,020	—	—
Проблемы мышления	3,182	0,001	—	—
СДВГ (по Ахенбаху)	3,075	0,002	—	—
Делинквентность	5,677	0,0001	—	—

86

Продолжение таблицы 4.4

Зависимая переменная	Эффект фактора	Взаимодействие с принадлежностью к группе
----------------------	----------------	---

ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Агрессия	3,970	0,0001	–	–
Внутренние симптомы	2,412	0,012	–	–
2. Фактор: отношения со сверстниками				
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
I	8,501	0,004	5,876	0,016
VI	4,374	0,037	–	–
XI	3,791	0,053	–	–
XIV	12,882	0,0001	8,179	0,005
XV	14,117	0,0001	9,737	0,002
XVI	13,008	0,0001	9,841	0,002
XXII	4,464	0,036	–	–
Психопатия	5,321	0,022	6,986	0,009
Тревожность	6,54	0,011	3,861	0,051
Социализация	17,868	0,0001	11,870	0,001
Проблемы мышления	4,652	0,032	3,836	0,051
Делинквентность	13,328	0,0001	11,828	0,001
Агрессия	7,333	0,007	5,368	0,021
3. Фактор: количество детей в семье				
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
IV	4,681	0,031	3,649	0,057
VI	3,981	0,047	–	–
VII	3,798	0,052	–	–

87

Зависимая переменная	Эффект фактора		Взаимодействие с принадлежностью к группе	
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
VIII	8,560	0,004	7,448	0,007
XII	3,821	0,052	–	–
XIII	5,346	0,022	4,308	0,039
XIV	4,964	0,027	3,963	0,048
СДВГ (по K-SADS)	8,144	0,005	7,230	0,008
Делинквентность	4,505	0,350	5,252	0,023
Агрессия	6,359	0,120	5,605	0,019
4. Фактор: криминализация — приводы в милицию и совершение правонарушений				
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
V	7,350	0,007	–	–
VI	4,405	0,037	–	–
XV	4,899	0,028	–	–
XVIII	3,959	0,048	–	–
XIX	13,612	0,0001	4,858	0,028
Психопатия	4,951	0,027	–	–
Делинквентность	18,796	0,0001	9,345	0,002
Агрессия	5,650	0,018	–	–
5. Фактор: образование матери				
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
I	4,196	0,042	–	–
XVI	17,160	0,0001	13,286	0,0001
XVIII	5,805	0,017	4,303	0,039

88

Окончание табл. 4.4

Зависимая переменная	Эффект фактора		Взаимодействие с принадлежностью к группе	
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Делинквентность	11,537	0,001	7,791	0,006
Агрессия	4,033	0,046	–	–
6. Фактор: работа матери				
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Делинквентность	4,663	0,032	–	–
Агрессия	4,687	0,031	–	–
7. Фактор: образование отца				
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>

I	4,474	0,035	–	–
XVI	7,865	0,005	4,203	0,041
XVIII	7,695	0,006	4,257	0,040
Делинквентность	13,153	0,0001	6,140	0,014
Агрессия	4,897	0,028	–	–
СДВГ (по Ахенбаху)	6,306	0,013	–	–

8. Фактор: работа отца

ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
I	4,517	0,035	–	–
V	4,508	0,035	–	–
XV	7,522	0,007	4,532	0,034
XVIII	6,712	0,010	3,677	0,056
Психопатия	8,904	0,003	5,123	0,024
Тревожность	4,108	0,044	–	–

89

Зависимая переменная	Эффект фактора		Взаимодействие с принадлежностью к группе	
ЗП	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Социализация	5,121	0,024	–	–
СДВГ (по Ахенбаху)	11,660	0,001	–	–
Делинквентность	12,797	0,0001	–	–
Агрессия	9,172	0,003	–	–

Отметим, что по сравнению с предыдущими данными в этой таблице в качестве зависимой переменной обязательно присутствует *агрессия* как симптом, измеряемый методикой Ахенбаха. Причем он обязательно сопутствует аналогичному изменению показателя *делинквентности* по этой же методике. Разные варианты (типы) *агрессивного* реагирования включены в симптоматику *оппозиционного поведения* и *поведенческих расстройств*, определяемых с помощью полуструктурированного интервью. Поэтому на самом деле отдельно обсуждать эти переменные не вполне правомерно, хотя иногда и допустимо. Так, мы не проводили специального качественного анализа проявлений агрессии при поведенческих расстройствах, считая их включенными в суммарный балл по названным шкалам.

Другие авторы могут обсуждать именно типы *агрессии*, ни разу не упомянув понятий *делинквентного поведения* или *поведенческих расстройств*, видимо, в силу неприятия проблемы психиатрического неблагополучия как условия асоциального поведения и личностных отклонений в психическом развитии подростков [Семенюк, 1998].

Иные возрастные рамки обследованных в названной работе групп подростков (от 10 до 15 лет) не позволяют нам провести здесь сопоставление наших результатов с данными указанной работы. Отметим только, что в случае специальной диагностики эмоционального неблагополучия ребенка агрессия может рассматриваться и как самостоятельный симптом нарушений структуры эмоциональной регуляции поведения (наряду, например, с аутизмом). «Только правильное формирование целостной структуры базальной аффективной регуляции гарантирует коррекцию отдельных патологических образований, таких как страхи, агрессия, аутизм» [Эмоциональные нарушения..., 1990].

Таблица 4.5 представляет значимые эффекты фактора принадлежности подростков к одной из трех обследованных групп (фактор

90

«группа») во взаимодействиях с теми факторами внешних условий, которые выявлялись в предварительном диагностическом интервью как условия,

отражающие нарушения социализации (включая школьную и семейную дезадаптацию).

Таблица 4.5

Результаты применения многомерного критерия для выявления эффектов переменных внешних условий («школа» и т. д.) и «принадлежности к выборке»

Фактор		λ Уилкса	F	Уровень значимости p	
1.1	Школа	0,153	1,591	0,0001	Значим
	Группа	0,422	9,254	0,0001	Значим
	Взаимодействие	0,539	5,779	0,0001	Значим
1.2	Сверстники	0,687	3,181	0,0001	Значим
	Группа	0,151	10,995	0,0001	Значим
	Взаимодействие	0,766	2,129	0,0001	Значим
1.3	Количество детей в семье	0,793	1,820	0,007	Значим
	Группа	0,142	11,502	0,0001	Значим
	Взаимодействие	0,821	1,519	0,044	Значим
1.4	Криминализация	0,819	1,542	0,038	Значим
	Группа	0,152	10,902	0,0001	Значим
1.5	Образование матери	0,810	1,630	0,023	Значим
	Группа	0,169	9,960	0,0001	Значим
1.6	Работа матери	0,874	1,002	0,470	Незначим
	Группа	0,155	10,734	0,0001	Значим
1.7	Образование отца	0,831	1,418	0,077	Незначим
	Группа	0,143	11,108	0,0001	Значим
1.8	Работа отца	0,809	1,648	0,020	Значим
	Группа	0,147	11,188	0,0001	Значим

Примечание. «Группа» — фактор принадлежности к группе. Из эффектов взаимодействий указаны лишь значимые.

91

Рассмотрим подробнее представленные в табл. 4.5 эффекты.

Отношение к школе. Частотное распределение показывает существенную разницу между группами. Синдрома *школьной дезадаптации* в нормативной выборке практически не наблюдалось. Учатся хорошо 49,3% учеников обычной школы (группы нормы), удовлетворительно — 40%; жалобы на поведение отмечаются у 4% подростков; в этой группе также не оказалось второгодников, случаев «бросил школу», не было ответов «учиться не хочу».

Показатели группы риска свидетельствуют, напротив, о серьезных симптомах школьной дезадаптации. Заявили, что учатся хорошо, 12,4% подростков группы риска, удовлетворительно — 14,4%; 4% настаивали, что учиться не хотят; 38,1% подростков были здесь второгодниками, 16,5% сказали, что у них серьезные проблемы с поведением; 5,2% из этой группы бросили школу (наши испытуемые из детского приемника-распределителя). Напомним также, что 3/4 этой группы были из специальных учреждений, собравших детей, не имевших возможности продолжать учиться в обычной школе.

Среди обследованных психиатрических пациентов 38,4% обучались во вспомогательных школах, учились хорошо — 3,5%, удовлетворительно — 4,7%; остальные более чем 90% соответственно учатся плохо; жалобы на поведение признавали 10,5%; говорили, что не хотят учиться 3,5%, бросили школу 23,3%, второгодниками были 11,6% подростков. Из этих данных также следует картина серьезного неблагополучия подростков этой группы с точки зрения обучения в школе. Важен также тот факт, что в обычной беседе лишь незначительная часть подростков из групп риска и психиатрической признают, что имеют проблемы с поведением и на этой почве — со школьным окружением.

Фактор распределения испытуемых по отношению к школе определил значимые эффекты по следующим психологическим показателям *K-SADS*:

- депрессия (I);
- синдром навязчивых идей и поступков (IX);
- булимия (XIII);
- синдромы оппозиционного поведения и поведенческих расстройств (XV, XVI);
- злоупотребление курением (XVIII);
- злоупотребление наркотиками (XX);
- посттравматические стрессовые заболевания (XXII).

92

Значимыми оказались также эффекты влияния на количественный индекс *психопатии* (опросник П. Фрика); причем здесь важно превалирование показателей именно в группе риска, как и для шкалы злоупотребления курением, в то время как для двух шкал *поведенческих отклонений* (*оппозиционное поведение и расстройства поведения*) индексы возрастали от группы нормы к группе риска и максимальными были в психиатрической выборке. Кроме того, отметим, что по влиянию фактора «принадлежность к группе» различия индексов *психопатии* оказались незначимыми. Итак, фактор «отношения к школе», свидетельствующий о глубине школьной дезадаптации, оказался тесно связанным с показателем *психопатологических расстройств*.

Психологические показатели по методике Т. Ахенбаха по некоторым шкалам оказались взаимоподтверждающими с показателями по методике *K-SADS*: *делинквентность* также значимо изменялась под воздействием фактора отношения к школе, как и соответствующие шкалы XV и XVI полустандартизованного интервью; *проблемы с мышлением*, увеличившись по индексу к группе психиатрических пациентов, подтвердили значимость эффекта воздействия на *синдром навязчивых идей и поступков*, соотносимый с этой шкалой.

Таким образом, нарастание нарушений поведения имело разные сопутствующие изменения в показателях как *психопатологического* (по *K-SADS*), так и *непсихопатологического* свойства (по методике Ахенбаха). Если изменения мышления наблюдались преимущественно у группы психиатрических пациентов, то возрастание индексов *психопатии* и *злоупотребления курением* в первую очередь отражали девиации поведения подростков в группе риска. Показатель *интернализации*, свидетельствующий о внутренней симптоматике психологического неблагополучия по методике Ахенбаха, был наибольшим у пациентов психиатрической клиники.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности, измеренный по методике Ахенбаха, также значимо изменялся под воздействием фактора «отношение к школе», хотя по фактору принадлежности к группе этот индекс значимо не различал обследованные выборки. То есть показатель СДВГ по методике Т. Ахенбаха в большой степени оказывается сопутствующим *школьной дезадаптации*. Но следует отметить, что методика *K-SADS*, ориентированная на психопатологическую симптоматику, дала значимые различия между группами по СДВГ.

Наибольшее количество подростков с максимальными показателями по СДВГ, для которых понадобилось применение дополнительного

93

интервью, пришлось на психиатрическую группу — 40 человек, в то время как в группах нормы и риска соответственно 2 и 7 человек. Таким образом, в качестве психопатологического симптома СДВГ лучше характеризует особенности подростков — пациентов психиатрической клиники; но воздействие фактора «отношение к школе» по значимости здесь не достигло должного уровня ($p=0,062$).

Как показывает табл. 4.4, показатели *тревожности* и *агрессии* у подростков также значимо изменялись под воздействием фактора *отношение к школе*.

Отношения со сверстниками. Этот фактор условий социального окружения дал значимый эффект, как значимым был и эффект взаимодействия его с «принадлежностью к группе» (табл. 4.5).

Ответ «друзья есть» в предварительной беседе дали соответственно 73,3%; 57,7%; 41,9% подростков из групп 1, 2 и 3. «Поверхностные отношения» со сверстниками отметили 16%; 19,6% и 10,5% подростков в этих группах. Ответ «ни с кем не общаюсь» встретился в 2,7% случаев в группе нормы и в 11,6% случаев среди пациентов психиатрической клиники; ни разу — в группе риска. Участие в криминальных компаниях здесь распределилось так: 1,3% в группе нормы, 11,3% — риска и 25,6% — в психиатрической выборке. Конфликтными свои отношения со сверстникам подростки этих групп признали поровну — 6,7%, 5,2% и 5,8%.

Укажем, на какие психологические переменные влияли *отношения со сверстниками* (табл. 4.4). Это шкалы *депрессии* (I), *заболевания на почве избегания*, или *социофобии* (VI), *симптом энкопреза* (XI), *СДВГ* (XIV), *оппозиционное поведение* и *расстройства поведения* (XV, XVI), а также *посттравматические стрессовые заболевания*.

Кроме того, значимо изменялся показатель по методике П. Фрика — *психопатического поведения*. По методике Т. Ахенбаха оказались затронутыми большинство переменных — *тревожность*, *социальная дезадаптация*, *проблемы мышления*, *делинквентность* и *агрессия*; не подтвердился эффект влияния «отношений со сверстниками» на СДВГ. Таким образом, хотя почти 1/2 или большая часть детей в обследованных нами группах говорили, что у них есть друзья, именно нарушение отношений со сверстниками определила изменения как по шкалам отклоняющегося поведения, так и по шкалам сопутствующих личностных изменений и проблем социализации.

Количество детей в семье. Этот демографический фактор, существенно меняющий микросреду развития ребенка, также значимо влиял

94

на психологические показатели, но иные, чем названный выше фактор отношений со сверстниками. В частотной табл. 4.6 указано распределение этого признака в обследованных нами выборках подростков; из нее следует, что существенными отличия между группами здесь признать трудно. Это подтвердило и применение критерия Смирнова — Колмогорова. Но рост количества детей в семье имел значимые эффекты влияния на психологические особенности подростков в группах (табл. 4.5).

Таблица 4.6

Распределение испытуемых по переменной «количество детей в семье»

Группа	Количество детей								Сведений нет
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	22	44	5	4	0	0	0	0	0

	36,7%	33,1%	14,3%	25,0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	19 31,7%	51 38,3%	14 40,0%	8 50,0%	3 50,0%	1 25,0%	1 100%	0 0%	0 0%
3	19 31,7%	38 28,6%	16 45,7%	4 25,0%	3 50,0%	3 75,0%	0 0%	1 100%	2 100%

Как следует из табл. 4.4, шкала *делинквентности* по Ахенбаху в качестве зависимой переменной отразила влияние возрастания количества детей в семье; значимым стал и эффект взаимодействия этого фактора с фактором принадлежности подростка к группе (1, 2 или 3). Однако шкалы поведенческих расстройств по *K-SADS* не показали значимого эффекта воздействия этого фактора. Этот и ряд подобных фактов вновь свидетельствуют о необходимости различать уровни психологического неблагополучия, связанного с непсихопатологическими и психопатологическими изменениями в эмоциональной и поведенческой сферах подростков. Изменения семейной экологии в связи с ростом количества детей в семье сказывались именно на возрастании непсихопатологических девиаций. Количественные индексы *синдрома гиперактивности и расстройств внимания* значимо изменялись по обоим методикам, т. е. он был достаточно репрезентативной зависимой переменной для эффекта влияния фактора *количество детей в семье* на обоих уровнях психологических расстройств. Значимо изменялись под влиянием рассматриваемого фактора семейной экологии и все три

95

шкалы *тревожности* и страхов по методике *K-SADS*, что свидетельствует об эффектах его влияния на изменения в эмоциональной сфере подростков уже на психопатологическом уровне.

Отметим и возрастание показателей *панических расстройств* (шкала IV), *булимии* (XIII), что в целом свидетельствует о психопатологическом характере сдвигов в этих переменных внутренних условий развития. Применительно к фактору *отношения со сверстниками* мы отмечаем изменения совсем иных психологических переменных — связанных с развитием психогений, нарушений социализации, сопряженных с агрессией и ростом индексов отклоняющегося поведения.

Криминализация. Этот фактор отразил случаи приводов подростков в милицию и совершение ими противоправных действий; частотная встречаемость в выборках была разной, и значимость различий подтвердило применение критерия Смирнова — Колмогорова. Собственно, это было заранее предусмотрено подбором наших групп. В приводимой ниже табл. 4.7 представлены процентные соотношения по видам правонарушений и поводах для привода в милицию, где 0 — правонарушений не было, 1 — зафиксированы кражи, 2 — бродяжничество, 3 — токсикомания, 4 — привлекался к уголовной ответственности (за совершенное ООД), 5 — совершил убийство, 6 — драки, 7 — проституция, 8 — хулиганство.

Таблица 4.7

Распределение испытуемых по переменной «криминализация» (К) — совершение подростками правонарушений, приводы в милицию

Группа	Криминализация								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	73 50,3%	0 0%	0 0%	0 0%	1 12,5%	0 0%	0 0%	0 0%	1 25,0%
2	40 27,6%	18 36,0%	13 59,1%	7 43,8%	5 62,5%	1 33,3%	8 100%	2 100%	3 75,0%
3	32	32	9	9	2	2	0	0	0

	22,1%	64,0%	40,9%	56,3%	25,0%	66,7%	0%	0%	0%
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----	----	----

Теперь рассмотрим, на какие психологические переменные значимо влиял фактор *криминализации*. Заболевания на почве избегания (социофобии), тревожность в связи с боязнью разлуки, злоупотребление курением, алкоголем, оппозиционное поведение — переменные, выделяемые согласно клиническому полуструктурированному интервью,

96

а также *психопатическое поведение, делинквентность, агрессия*, выделяемые как изменения непсихопатологического уровня, — вот тот перечень сопряженных психологических изменений, который явно интерпретируем как общий радикал эмоционально-поведенческих расстройств (исключая, однако, синдром РП на психопатологическом уровне). Отметим также, что в отличие от вышерассмотренного фактора эффект фактора правонарушений не сказывался на показателях СДВГ. Таким образом, будучи связанным с поведенческими расстройствами и психопатологическими симптомами, СДВГ не обуславливается теми аспектами социальных влияний, которые отражаются криминализацией, т. е. развитием асоциальной направленности поведения подростков.

Отношения в семье. Мы уже указывали, обсуждая влияние фактора *состав семьи*, что более 2/3 детей в группе нормы живут в условиях ненарушенного семейного окружения, в то время как в группах риска и психиатрических пациентов — менее 1/3.

Так же прозрачны с точки зрения различий социальной экологии, как микросреды жизни подростков в группах нормы, с одной стороны, и групп риска и психиатрической — с другой, факторы семейного неблагополучия, отражающие *отношения в семье* подростка. О значимости влияния этого фактора свидетельствуют представленные в табл. 4.1 данные.

Мы построили переменную *отношения в семье* как индикатор нарушений во взаимоотношениях в семье, свидетельствующий о дезадаптации подростка. Хорошими отношения в семье считали 77,3% подростков группы нормы, 54,6% — группы риска и 32% — психиатрической. Этот фактор, как и фактор *лишение родительских прав*, представляет ту реальность, которую зарубежные авторы называют *нарушениями родительской практики*.

Из разброса показателей по параметрам этого фактора (между кем в семье плохие отношения) здесь обращает на себя внимание больший, чем в других группах, процент *плохих отношений* с отцом в группе риска и с матерью — в психиатрической выборке. В целом анализ анамнестических данных свидетельствует о крайне тяжелых формах проявления плохих отношений в семье; это избиения, голод, насилие, безнадзорность (например, ребенок вынужден жить у бабушки, так как сожители матери его избивают, а мать в постоянных запоях) и т. д.

Переменная *лишение родительских прав* дополняет эту картину — отличие групп риска и психиатрической от нормы значимо, но незначимо

97

различаются частоты в этих двух выборках между собой. Можно сказать, что уровень семейного неблагополучия в этих выборках сопоставим.

Образование и работа матери и отца. Фактор *образование родителей* предполагал выделение следующих групп: 0 — сведений нет; 1 — не

знает; 2 — неполное среднее; 3 — среднее; 4 — среднее специальное; 5 — незаконченное высшее; 6 — высшее.

Таблица 4.8

Распределение испытуемых по образовательному цензу семьи

Группа	Образование матери						
	0	1	2	3	4	5	6
1	2 14,3%	0 0%	1 1,9%	10 18,9%	18 28,6%	2 50,0%	42 68,9%
2	9 64,3%	5 55,6%	21 38,9%	22 41,5%	29 46,0%	1 25,0%	10 16,4%
3	3 21,4%	4 44,4%	32 59,3%	21 39,6%	16 25,4%	1 14,8%	9 25,0%
	Образование отца						
	0	1	2	3	4	5	6
1	13 21,7%	0 0%	0 0%	15 33,3%	22 45,8%	0 0%	25 49,0%
2	34 56,7%	4 44,4%	15 33,3%	17 37,8%	16 33,3%	0 0%	11 21,6%
3	13 21,7%	5 55,6%	30 66,7%	13 28,9%	10 20,8%	0 0%	15 29,4%

Таблица 4.8 дает представление об образовательном уровне родителей подростков в обследованных нами группах. В группе нормы образование обоих родителей выше, чем в двух других группах; причем самый высокий процент высшего образования именно у матерей. Именно *образование* матери, но не *работа* матери, как следует из табл. 4.5, значительно влияла на общий профиль психологических особенностей подростков. В то же время, как показывает табл. 4.4, работа матери (как и работа отца) значительно сказывалась на увеличении делинквентности и агрессии (по методике Ахенбаха).

Для фактора *образование отца* эффект влияния на психологические профили групп не достиг необходимого уровня значимости, но значимое влияние оказал фактор *работа отца*.

98

Таблица 4.9

Распределение испытуемых по характеру работы родителей

Группа	Работа матери						
	0	1	2	3	4	5	6
1	3 15,8%	0 0%	5 12,2%	5 8,6%	14 29,8%	15 40,5%	33 64,7%
2	10 52,6%	2 50,0%	19 46,3%	26 44,8%	16 34,0%	13 35,1%	11 21,6%
3	6 31,6%	2 50,0%	17 41,5%	27 46,6%	17 36,2%	9 24,3%	7 13,7%
	Работа отца						
	0	1	2	3	4	5	6
1	15 22,4%	0 0%	0 0%	4 10,3%	26 39,4%	7 35%	23 56,1%
2	34 50,7%	4 30,8%	8 66,7%	12 30,8%	23 34,8%	11 55,0%	5 12,2%
3	18 26,9%	9 69,2%	4 33,3%	23 59,0%	17 25,8%	2 10,0%	13 31,7%

Фактор *работа* предполагал выделение следующих уровней (или подгрупп согласно данным предварительного интервью с подростком): 0 — сведений нет, 1 — ребенок не знает, кем работает мать или отец, 2 — родитель безработный, 3 — выполняет неквалифицированную работу (грузчик, дворник, скотник, прачка, няня, свинарка, доярка, пастух, почтальон, кочегар, санитар), 4 — работа требует минимального обучения (продавец, тракторист, птичница, шофер, маляр, плотник,

моторист, повар, токарь, сварщик, каменщик), 5 — квалифицированный труд, не требующий высшего образования (медсестра, воспитатель, пчеловод, преподаватель музыки, оператор, товаровед, бухгалтер, механизатор, электрик), 6 — труд, предполагающий высшее образование (экономист, конструктор).

Понятно, что эта классификация выступила в определенной степени и как ранжировка социального статуса семьи, когда родители не только отличаются образовательным цензом или экономическим статусом, но в первую очередь уровнем социальных ступеней, которые ассоциируются с тем или иным видом трудовой деятельности, указывающей также на общие социокультурные условия жизни семьи.

99

Таблица 4.9 демонстрирует распределение подростков в группах по факторам *работы* родителей, которые свидетельствуют об очевидных сдвигах в сторону классов 2 и 3 (безработные, неквалифицированный труд) в группах риска и психиатрической. Итак, рассмотрим более подробно, как эти факторы влияют на психологические показатели, значимо отличающие группы обследованных подростков.

Показатели *депрессии* и *злоупотребления курением*, а также *поведенческие расстройства* (по методике *K-SADS*) увеличиваются с падением образовательного уровня матери; в ту же сторону изменяются сопряженные показатели *делинквентности и агрессии* (по методике Т. Ахенбаха). Именно увеличение двух последних индексов связано и с движением подростка по уровням фактора *работа матери*. Вопреки лозунгу, что «мамы всякие нужны», все же оказывается, что для того, чтобы у ребенка не наблюдались проявления расстройств поведения, а также сопутствующих им агрессии и депрессии, нужны мамы с более высоким образовательным уровнем и работа которых обеспечивает определенный социокультурный уровень, а значит, и образ жизни семьи.

Теперь о том, как выглядит вклад в образ жизни семьи со стороны факторов *образование отца и работа отца* (учитывая также, что именно в этом звене неблагополучие семьи обусловлено, особенно в группе риска, отсутствием родного отца; в этом случае фиксировались данные отчима, если он воспитывает ребенка).

Снижение образовательного уровня отца определяло те же нарушения поведения и эмоциональные расстройства, что и образование матери, но к ним добавился показатель *СДВГ* (см. табл. 4.4). Работа отца определила значимые изменения также по шкалам *депрессии* (I), *тревожности в связи с боязнью быть покинутым* (V), *оппозиционного поведения* (XV) и *злоупотребления курением* (XVIII). К ним добавился показатель *психопатии* (по методике П. Фрика), а также весь спектр сопутствующих *делинквентности нарушений социализации*, эмоциональной сферы (тревожность, агрессия), а также уже указанный в связи с эффектом *образования отца* показатель *СДВГ* по Ахенбаху.

Согласно имеющимся в научной литературе данным, у детей с синдромом гиперактивности и расстройств внимания по сравнению с контрольной выборкой (без такого диагноза) чаще устанавливаются симптомы поведенческих расстройств, а также сопутствующие аффективные расстройства (депрессия, тревожность). Это позволяет авторам

100

соответствующих исследований, в частности, считать, что СДВГ и депрессия могут иметь общие генетические корни [Biederman et al., 1992] и вместе с расстройствами поведения образуют единую психологическую реальность, передаваемую в семьях из поколения в поколение. Из наших данных следует правдоподобность этой связи, но с поправкой на тот вклад, который вносится со стороны влияния отца, причем именно в контексте нарушений социального благополучия семьи с его стороны.

Заключение

Нарушения социальной среды, в которой живет ребенок, в том числе семейной экологии, факты жестокого обращения выступают дистрессорами, усиливающими показатели психологического неблагополучия подростков. Оно проявляется в значимых изменениях показателей методик, построенных в ориентировке на критерии нарушений психического здоровья, но не проявляются столь явно в показателях методики (Т. Ахенбаха), ориентированной на вариабельность соответствующих признаков в норме.

Использование нами двух типов методик в целом подтверждает необходимость развести психологические показатели расстройств, имеющих более близкие (непосредственные) или более дальние (через ряд других переменных) связи с факторами внешних условий. Внутренние условия — на уровне базисных психологических переменных — опосредствуют влияние переменных внешних условий в проявлении и дальнейшем развитии поведенческих отклонений у подростков.

Та закономерность, что шкалы поведенческих отклонений, или делинквентности, по обеим методикам, ориентированным на норму (Т. Ахенбаха) и патологию (по методике *K-SADS*), демонстрируют эффекты влияний со стороны снижения образовательного и социокультурного уровня семьи (причем в первую очередь на психологические особенности, связанные с поведенческими и эмоциональными расстройствами), говорит как о *конвергентной валидности методик* — применительно к этим шкалам, — так и о том, что нарушения *семейной экологии* прежде всего выступают фактором риска делинквентного поведения и отражают также возможность попадания подростков в группу психиатрических пациентов (с установленным синдромом «расстройства поведения»).

Глава 5

Результаты обследования подростков с установленным психиатрическим диагнозом¹

Особенности выборки подростков с психиатрическим диагнозом

В диагностическом интервью, т. е. на первом этапе беседы с подростками, психологами фиксировались как данные о настоящем диагнозе, с которым подросток находится на лечении (психиатрический диагноз), так и о первичном, если он ранее ставился. Ниже, в табл. 5.1, мы приводим два ряда данных о частотном распределении пациентов — отдельно для «настоящего» и «первичного» диагнозов. Из 86 человек 8 были девушки, остальные — юноши (эти 8 девушек были из подгруппы не совершавших ООД). Распределение по возрасту было следующим: 14 лет — 7 человек, 15 лет — 18, 16 лет — 23, 17 лет — 38 человек.

Таблица 5.1

Частотное распределение пациентов с разными диагнозами в выборке психиатрически больных подростков

Диагноз	Настоящий		Первичный	
	Частота	% случаев	Частота	% случаев
Шизофрения (простая и параноидная формы)	5	5,8	3	3,5
Шизофрения с психопатоподобным синдромом	2	2,3	1	1,2
Психопатия (возбудимая, неустойчивая, мозаичного круга)	10	11,6	12	14

102

Окончание табл. 5.1

Диагноз	Настоящий		Первичный	
	Частота	% случаев	Частота	% случаев
Умственная отсталость (с преобладанием интеллектуального дефекта)	7	8,1	7	8,1
Психоорганический синдром	28	32,6	23	26,7
Неврозоподобный синдром	8	9,3	11	12,8
Эпилепсия	2	2,3	6	7,0
Психофизический инфантилизм	8	9,3	7	8,1
Патологически протекающий пубертатный криз	5	5,8	4	4,7
Умственная отсталость с преобладанием психопатоподобного синдрома	11	12,8	12	14

Выборка психиатрических пациентов включила примерно равное количество подростков с такими заболеваниями, как психопатии возбудимого и неустойчивого типов, шизофрения, ранние церебральные резидуально-органические состояния, психофизический инфантилизм, патологически протекающий пубертатный криз. Наибольшее число подростков имели (на момент обследования) диагнозы психоорганический синдром, психопатия и умственная отсталость с преобладанием психопатоподобного синдрома.

Отметим психологические особенности подростков этих групп (в первую очередь с установленной психопатией), которыми они характеризовались по заключению наблюдавших их врачей и результатам психологического обследования традиционными патопсихологическими методиками.

Подростки, которым был поставлен диагноз *психопатия возбудимого круга*, отличались вспыльчивостью, крайней раздражительностью,

103

эгоистичностью, склонностью к беспричинным периодам злобного настроения, к бурному реагированию по механизму «короткого замыкания», нетерпимостью к мнению окружающих, требовательностью, обидчивостью, неуживчивостью, плохой переносимостью алкоголя.

Подростки, которым был установлен диагноз *психопатия неустойчивого круга*, характеризовались слабостью волевых функций, повышенной внушаемостью, подчиняемостью, крайней неустойчивостью интересов, неспособностью к длительному волевому усилию, неустойчивостью, поверхностностью эмоций, преобладанием в мышлении аффективного компонента, принятием импульсивных немотивированных решений, легкостью возникновения и закрепления патологических влечений.

При задержке психического развития (диагнозы *умственная отсталость* и *психоорганический синдром*) с парциальной интеллектуальной недостаточностью и психопатоподобными расстройствами на первый план выступала интеллектуальная недостаточность с сугубой конкретностью и малой продуктивностью мышления, резким ухудшением интеллектуальных способностей при утомлении, эмоциональном напряжении; со снижением мнестических способностей; трудности сосредоточения и переключения внимания. Эмоционально-волевая сфера характеризовалась аффективной возбудимостью, склонностью к дисфорическим расстройствам настроения, слабой коррегируемостью аффективно-поведенческих реакций, обедненностью высших эмоций, склонностью к брутальным, аффективным, импульсивным реакциям, расстройствам настроения по типу дисфорий и нарушений влечений.

При *неврозоподобных расстройствах* на первый план выступали церебрастенические проявления, повышенная утомляемость, истощаемость с последующими колебаниями настроения, нарушения сна, страхи, ночные кошмары, часто энурез, снохождение, сноговорение.

У подростков, которым был поставлен диагноз *патологически протекающий пубертатный криз*, основное место в клинической картине занимали пубертатные психопатологические личностные особенности и утрированные проявления психологического криза пубертатного созревания.

У подростков с диагнозом *паранойяльная форма шизофрении* в качестве ведущего синдрома отмечалось сверхценное стремление к самоутверждению, положительно или отрицательно социально ориентированное. Эти подростки были охвачены своими переживаниями, идеями, стремились к их реализации; дефицитарная симптоматика

104

проявлялась в снижении психической продуктивности, эмоциональной холодности, асоциальных нарушениях поведения.

При *вялотекущей шизофрении* подростки отличались такими личностными изменениями, как замкнутость, сужение круга интересов, неконтактность, вялость, апатичность, утрата эмоциональной гибкости, эмоциональная неадекватность. Часто на фоне снижения энергетического потенциала отмечалась так называемая «философская интоксикация».

При *психопатоподобном синдроме у больных шизофренией* клиническая картина была полиморфной, преимущественно складывалась из комплекса аффективных расстройств, невротических проявлений, сверхценных идей и разнообразных изменений личности (снижение эмоциональности и нравственных установок в сочетании с оппозиционностью, холодностью, отчужденностью по отношению к близким).

Подростки психиатрической выборки обследовались медицинскими психологами. При этом часть из них (20 человек), как указывалось при общей

характеристике выборок в главе 2, не совершали правонарушений; остальные 66 — это лица, совершившие ООД. Данное разделение на подгруппы учитывалось нами и далее при обработке результатов в качестве уровней фактора психиатрической выборки.

Рассмотрим, какие правонарушения совершили подростки из этой выборки. Общее их число не равно числу испытуемых, так как в 46 случаях наблюдались сочетания приводимых нами ниже показателей:

- кражи — 32 человека;
- бродяжничество — 23;
- токсикомания — 9;
- убийства — 2;
- драки — 1;
- хулиганство — 2.

По показателю «привод в милицию» группы риска и психиатрических пациентов значимо различались с группой нормы, но не между собой. Поскольку количественным показателем здесь выступало число случаев привода в милицию в связи с тем или иным правонарушением, мы использовали для сравнения эмпирических частот критерий Смирнова — Колмогорова. Установленные различия продемонстрировали относительную независимость переменных «факт совершения» того или иного действия и «привлечение к ответственности» за совершенное ООД (в большей степени отвечать пришлось именно подросткам

105

с установленным диагнозом). Обсуждение сложившейся практики установления наказания за совершенные правонарушения применительно к здоровым подросткам и психически больным выходит за рамки психологического исследования, но ставит вопрос о разнице социальных установок в обществе по отношению к лицам с установленным и не установленным психиатрическим диагнозом.

Также значимым при аналогичном сравнении частот в трех выборках выступило различие по показателю «лишение родительских прав»; здесь вновь группы риска и психиатрическая не различались между собой, но отличались от группы нормы, хотя общее число случаев было невелико (3 в обсуждаемой выборке).

Влияние факторов *начало заболевания и диагноз*

По данным диагностического интервью нами выделялся фактор начало поведенческих расстройств. Хотя в 61% случаев соответствующие данные отсутствовали, мы все же ввели классификационные уровни «раннего» и «позднего» проявления этих нарушений, чтобы прояснить влияние фактора времени на проявление психологических свойств и психопатологической симптоматики. Были выделены два уровня — с проявлением нарушений поведения до 10 лет (раннее) и после 10 (позднее); число случаев оказалось примерно равным.

Много пропусков отмечалось по переменной *наличие родственников с психиатрической историей* (53%). Согласно полученным данным, таковых не было у 35% пациентов, у 8% родственники были также по прямой линии, у 4% — не по прямой. Далее нами этот фактор не анализировался.

Психиатрической госпитализации до этого подвергались: 72% испытуемых — 2 раза и более, 18,6% — 1 раз, т. е. 90% обследованных лиц этой выборки; остальные 10% — ни разу или сведений об этом нет. Госпитализация в 19 случаях происходила по соматическому заболеванию и в 19 случаях — в связи с травмой головы. 5 человек имели и травмы головы, и госпитализации по соматическому и психиатрическому заболеваниям.

Именно в данной выборке подростков было использовано максимальное число дополнений в полуструктурированном интервью, что отражает максимальную выраженность у них следующих подтипов расстройств (по названиям соответствующих дополнений):

106

- 1 — эмоциональные расстройства — 10 человек;
- 2 — психотические расстройства — 5;
- 3 — «тревожные» расстройства — 14;
- 4 — поведенческие расстройства — 61;
- 5 — употребление наркотических веществ и другие болезни — 25.

Наблюдались следующие сочетания расстройств:

- 4 и 5 — у 17 человек;
- 2 и 4 — у 2;
- 1 и 2 — у 1;
- 1 и 3 — у 1;
- 3 и 4 — у 1;
- 2 и 3 — у 1;
- 1, 3, 4 — у 4;
- 3, 4, 5 — у 3;
- 1, 4, 5 — у 1;
- 1, 3, 4, 5 — у 3;
- 1, 2, 3, 4 — у 1.

Далее мы обработали полученные количественные индексы (в основной части методики *K-SADS*) по схеме многофакторного дисперсионного анализа, что позволило выявить эффекты влияния факторов *принадлежность к группе* (психиатрической выборки и других групп подростков) и *начало* проявлений поведенческих отклонений (как симптома заболевания).

Итак, *MANOVA* использовался для проверки модели, в которой факторами выступили *принадлежность к группе* и *начало заболевания*. Соответствующие эффекты демонстрирует табл. 5.2.

Таблица 5.2

Значимые эффекты влияний более раннего начала проявления поведенческих и психологических проблем у подростков на зависимые переменные

Фактор	<i>F</i>	<i>p</i>	Зависимые переменные
Начало проявлений	6,890	0,009	Энурез
Начало проявлений	7,707	0,006	Нарушения социализации (по Ахенбаху)
Начало проявлений	4,515	0,035	СДВГ (по Ахенбаху)

107

Фактор	<i>F</i>	<i>p</i>	Зависимые переменные
Принадлежность к выборке пациентов	6,139	0,002	Психопатия (по Фрику)
Взаимодействие двух факторов	4,818	0,029	Энурез

Нарушения социализации, энурез (как проявление невротических расстройств), синдром дефицита внимания и гиперактивности — вот та симптоматика, которая имела наибольшую выраженность у пациентов с ранним началом заболевания. Таким образом, можно говорить о большей прогностической роли этих переменных для предположений о развитии поведенческих расстройств. В качестве связанных с психиатрической симптоматикой здесь выступили также показатели энуреза и психопатии. Начнем с анализа индекса *психопатии* (по «листу наблюдений» Фрика).

Отметим значимость влияния факта *принадлежности к группе* на высоту показателя *психопатии* и аналогичного влияния на его вариабельность установленного диагноза:

- *диагноз первичный*: $F=2,878$ при $p=0,006$;
- *диагноз настоящий*: $F=2,126$ при $p=0,037$.

Приведенные данные свидетельствуют если и не прямо в пользу предположения о каузальной связи психопатологической симптоматики и генеза отклонений в поведении, названных этим автором «психопатическими», то, несомненно, о значимой коморбидности установления психиатрической симптоматики и ожидаемых проявлений психопатического поведения. Это позволяет рассматривать опросник Фрика в качестве хорошего средства экспресс-диагностики (он включает лишь 20 утверждений, наблюдатель может выразить согласие или несогласие с ними), по результатам которого можно принимать решение о привлечении других, более трудоемких психодиагностических процедур.

Принадлежность к группе в соответствии с примененной схемой обработки данных значимо определяла также выраженность по 9 переменным, диагностируемым с помощью полустандартизованного интервью. Поскольку во многом эти данные пересекаются с отраженными выше в табл. 3.3 (результаты дисперсионного анализа влияния фактора *принадлежность к группе*), вычисленные значения F-критерия для них нами не приводятся. Однако следует указать эти 9 переменных:

108

- мании;
- сверхтревожность;
- энурез;
- СДВГ;
- расстройства поведения;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- злоупотребление запрещенными веществами;
- посттравматические стрессовые заболевания.

Именно по таким показателям группа подростков с психиатрическим диагнозом значимо отличалась от двух других — нормы и риска.

Таким образом, принадлежность к группам нормы, риска и психиатрической выборке отразилась на общих (для двух методик) сферах нарушения социализации, СДВГ и более дифференцированно предстала в изменениях шкал *K-SADS*, свидетельствующих о психиатрической симптоматике. Это вполне соответствует

общности психологических реалий, охватываемых указанными методиками, а также демонстрирует лучшую дифференциальную диагностику патологической симптоматики с помощью полуструктурированного интервью, разработанного в ориентировке на психиатрические критерии поведенческих и эмоциональных расстройств.

В этих результатах можно увидеть схожесть нашей психиатрической выборки с теми, которые специально рассматривал П. Фрик и для которых *психопатией* было обозначено нарастание поведенческих проблем у ребенка с развитием эмоциональных нарушений. Причем более раннее начало поведенческих нарушений сопутствует СДВГ.

Далее представим более дифференцированную картину влияний нозологической принадлежности испытуемых (в обследованной нами психиатрической выборке) на выраженность синдрома гиперактивности и дефицита внимания.

Мы не рассматривали связей нозологической принадлежности подростков и выраженности у них тех или иных психологических симптомов, что потребовало бы перейти к методу «анализ единичного случая», хотя собранные нами данные позволяют это осуществить. Не будучи медицинскими психологами, авторы книги принимают соответствующее ограничение в рассмотрении результатов. И далее мы придерживаемся принципа межгрупповых сравнений, выбранного исходя из общей постановки проблемы нашего исследования.

109

Согласно результатам применения дисперсионного анализа для психодиагностических данных, полученных при обследовании подростков с психиатрическим диагнозом, были выявлены значимые эффекты влияний ряда переменных на проявление СДВГ (табл. 5.3).

Таблица 5.3

Факторы, влияющие на СДВГ, у подростков с психиатрическим диагнозом

Фактор	Показатель СДВГ	<i>F</i>	<i>p</i>
Диагноз	По <i>K-SADS</i>	2,891	0,005
Диагноз	По Ахенбаху	2,940	0,005
Криминализация	По Ахенбаху	2,446	0,041
Количество детей	По Ахенбаху	3,447	0,005

Как следует из табл. 5.3, фактор *нозологической принадлежности* пациентов в психиатрической выборке (фактор *диагноза*) значимо определяет выраженность показателя синдрома дефицита внимания и гиперактивности, причем при использовании и полуструктурированного интервью *K-SADS*, и методики Ахенбаха.

В специально посвященной синдрому гиперактивности и дефицита внимания главе 6 мы продолжим рассматривать связи этого показателя с установленными искажениями внешних условий жизни подростков и коморбидными проявлениями психотической симптоматики, учитывая фактор принадлежности подростков к той или иной группе.

Подведем итоги для выборки пациентов, 3/4 которых совершали ООД.

В данных для группы подростков с установленным психиатрическим диагнозом были выявлены значимые эффекты влияния переменных «внешних» условий их жизни и «внутренних» условий — наличия эмоциональных и поведенческих проблем. Отметим, что мы различали факторы *первичного диагноза* и

последующего *настоящего диагноза*, т. е. установленного в момент обследования нами подростка в клинике и не всегда совпадающего с начальным.

Соответствующая табл. 5.1, приведенная выше, показывает частотные изменения в диагностическом результате психиатрического обследования. Таблица 5.4 включает результаты психологического обследования и количественной обработки данных (однофакторный

110

дисперсионный анализ); это позволяет установить, насколько нозологическая принадлежность определяла показатели по шкалам использованных методик. Отличие такой формы обработки данных — учет переменных, выступивших при межгрупповых сравнениях ковариатами переменной *диагноз*, в качестве зависимых переменных и рассмотрение принадлежности к нозологическим подгруппам как источника влияний на психологические показатели.

Сразу отметим, что три основные сферы нарушений в показателях полуструктурированного интервью (эффекты тревожности, СДВГ и отклоняющегося поведения) дублировались аналогичными нарушениями по «листам наблюдений». Кроме того, использование опросников Фрика и Ахенбаха позволило дифференцировать ряд непсихопатологических факторов психологического неблагополучия подростков. Так, при первичном диагнозе в качестве значимых зависимостей выступили эффекты влияния нозологической принадлежности больных на показатели возникновения *соматических проблем и нарушений мышления у подростков*. Переменные *проблемы с общением, тревожность и агрессия* показали большую чувствительность к типу установленного диагноза в последующем (диагноз *настоящий*); это же касается и нарастания общего симптома психологического неблагополучия (общий показатель проблем по Ахенбаху), в том числе внутренних и внешне выражаемых симптомов (*интернализации и экстернализации*).

Таблица 5.4

Влияние фактора *диагноз* на показатели по шкалам *K-SADS* и листов наблюдений П. Фрика и Т. Ахенбаха

Фактор	<i>F</i>	<i>p</i>	Зависимые переменные
Диагноз настоящий	2,567	0,012	Тревожность на почве избегания (VI)
	4,299	0,0001	Специфические страхи (VII)
	2,891	0,005	СДВГ (по <i>K-SADS</i>)
	4,694	0,0001	Оппозиционное поведение (XV)
	3,865	0,0001	Поведенческие расстройства (XVI)
	2,126	0,037	Психопатия (по Фрику)
	2,545	0,013	Проблемы общения
	3,312	0,002	Тревожность
	2,940	0,005	СДВГ (по Ахенбаху)
	5,820	0,0001	Делинквентность
	2,964	0,004	Агрессия
	2,314	0,023	Внутренние проблемы

111

Фактор	<i>F</i>	<i>p</i>	Зависимые переменные
	4,133	0,0001	Внешние проблемы
	3,381	0,002	Общий показатель проблем (по Ахенбаху)
Диагноз первичный	2,745	0,008	Тревожность на почве избегания (VI)
	4,064	0,0001	Специфические страхи (VII)
	2,604	0,011	Сверхтревожность (VIII)
	2,172	0,033	Буллимия (XIII)
	1,940	0,059	Оппозиционное поведение (XV)

	2,835	0,006	Поведенческие расстройства (XVI)
	2,098	0,040	Курение (XVIII)
	2,878	0,006	Психопатия
	2,122	0,038	Соматические жалобы
	3,881	0,0001	Проблемы мышления
	1,979	0,053	Делинквентность
Возраст	3,194	0,028	Сверхтревожность
	3,888	0,012	Энурез

Показатели *булемии* и *энуреза* встречались именно в группе подростков с психиатрическим диагнозом, в двух других группах — значительно реже. Случаи энуреза отмечались там реже в связи с повзрослением. Генерализованная тревога, или *сверхтревожность*, с возрастом уменьшалась.

Напомним, что общая *тревожность* и *тревожность на почве избегания* в группах обследованных нами подростков была наименьшей именно в психиатрической выборке. Для *специфических страхов* (и *агорафобии*), напротив, именно в группе психиатрических пациентов были установлены наиболее высокие показатели. Таким образом, отличаясь страхами на патологической основе, обследованные подростки в психиатрической выборке имели существенно меньшую тревожность по иным показателям, что вновь возвращает к мысли о связи наличия психиатрического диагноза с установлением снижения эмоциональности («неэмоциональности») как важного при *поведенческих расстройствах* симптома.

Этот вопрос, касающийся шкал опросника Ахенбаха, рассматривается в следующем параграфе.

Синдром оппозиционного поведения и *поведенческие расстройства* как шкалы *K-SADS* последовательно продемонстрировали увеличение показателей от групп нормы к группе риска и максимальными были именно в психиатрической выборке. Как следует из табл. 5.4, эти формы

112

отклоняющегося поведения испытывали значимые эффекты влияний со стороны факта установления *диагноза* (первичный и настоящий) и проявлялись одновременно в показателе *делинквентности*, согласно ориентированной на норму методике Ахенбаха.

Итак, в целом можно говорить о значимом влиянии фактора психиатрического заболевания на эмоционально-личностное и поведенческое неблагополучие подростка.

У пациентов психиатрической выборки значимые эффекты на психологические показатели проявил также факт *госпитализации*, включая случаи принудительного лечения (напомним, что 20 подростков обследовались амбулаторно; важно также, что это были случаи наиболее благополучной семейной экологии). Данный фактор обуславливал возрастание индексов по переменным *тревога в связи с боязнью разлуки*, *общая тревожность*, *злоупотребление курением*, *злоупотребление наркотиками* (шкалы V, VIII, XVIII, XX по *K-SADS*) и ни одной переменной при использовании методики, ориентированной на эмпирический разброс показателей психологического неблагополучия в норме (Т. Ахенбаха).

Рассмотрим подробнее, каким предстало влияние факторов социального неблагополучия — внешних переменных, устанавливаемых по результатам анамнеза (в предварительной беседе с подростком) — на психологические переменные в группе подростков с психиатрическим диагнозом.

Влияние факторов социальной экологии в рамках группы психиатрических пациентов

Алкоголизация и криминализация

Одно из значимых негативных условий семейного воспитания подростков — алкоголизация. Насколько возможно было увидеть в табл. 4.1, алкоголизация в семье значимо влияла на увеличение двух показателей по *K-SADS* — *синдром гиперактивности и дефицита внимания* (XIV) и *злоупотребление наркотическими веществами* (XX) и детерминированности по Ахенбаху. Но это касалось всей обследованной выборки подростков.

По данным предварительного диагностического интервью, в обследованной выборке из 86 психиатрических пациентов 40 человек признали, что в семье пьют мать (25 человек), отец (34 человека), отчим (4 человека).

113

Из табл. 4.4 также следует, что по уровням семейной алкоголизации наблюдался такой рост показателей: минимальный — в группе нормы (1), средний — в группе риска (2), максимальный — в группе психиатрических пациентов, три четверти которых совершили правонарушения (3). Причем значимо различаются между собой группы 1 и 2, а также 1 и 3, в то время как подростки групп риска и психиатрической имеют по этой переменной примерно одинаковые условия (значимо не различающиеся). Примерно в 1/2 выборки (это случаи алкоголизации в семье, признанные подростками) в семьях пьют либо оба, либо один из родителей.

Шкала *злоупотребление алкоголем* среди самих подростков имела значимо более высокие показатели, однако не в связи с фактором алкоголизации в семьях, а в связи с переменной *криминализации* *приводы в милицию*. В данном случае говорить о причинно действующих факторах не приходится, но можно говорить о прогнозе ожидания более пьющих подростков именно среди демонстрирующих асоциальное поведение (делинквентное — в группе риска, совершение ООД — психиатрическими пациентами).

Приведем также другие переменные психопатологической симптоматики, на которые оказывала влияния переменная *криминализации*. В группах подростков с разными ее уровнями, кроме уже рассмотренных эффектов влияния на показатели *СДВГ* *злоупотребления алкоголем*, повышались показатели *тревожности* (шкалы V и VI), *синдрома оппозиционного поведения*, *злоупотребления курением*, *психопатии*, а также *делинквентности* и *агрессии*. Отметим также, что делинквентность на непсихопатологическом уровне, определяемая по методике Ахенбаха, оказалась единственным психологическим (поведенческим) показателем, на высоту которого одновременно влияли факторы и алкоголизации в семье, и принадлежности к группам совершивших противоправные действия.

Как было указано при описании выборок испытуемых, мы учитывали различие подгрупп психиатрических пациентов, совершавших и не совершавших правонарушения (ООД). Но только по отношению к указанным переменным (делинквентности, агрессии, но не синдрому расстройства поведения) такое критериальное различие сыграло свою роль.

Итак, отмеченные непсихопатологические отклонения различали эти подгруппы, но психопатологический синдром расстройства поведения был представлен в них равномерно. Подобное заслуживает особого внимания, поскольку позволяет иначе рассматривать связь между

114

фактами совершения ООД и поведенческими отклонениями, чем это делается обычно в литературе, когда при обсуждении поведенческих девиаций не разводятся *оппозиционно-протестное поведение, агрессия и собственно расстройства поведения.*

Школьная дезадаптация

По переменной *отношение к школе* определились следующие подгруппы подростков с психиатрическим диагнозом:

- «учиться не хочу» (но не бросили школу) — ответили 39 человек;
- «второгодник» или учился неудовлетворительно — 32 человека;
- учатся на «хорошо» — 4 человека (из подгруппы не совершавших ООД);
- учатся удовлетворительно — 14 человек;
- в школе на них жалуются — 35 человек;
- бросили школу — 28 человек;
- вспоминают школу (бросившие и не бросившие ее) — 35 человек.

Поскольку эти ответы в большинстве случаев встречались в сочетании друг с другом, общее число случаев больше числа испытуемых в выборке.

При обработке данных по *MANOVA* мы выявили значимые влияния этого фактора на ряд психологических переменных; при этом принадлежность к выборке психиатрических пациентов рассматривалась как ковариата.

Отношение к школе обусловило вариабельность между выделенными группами всех показателей поведенческих отклонений (шкалы поведенческих отклонений XV, XVI и делинквентность по Ахенбаху), злоупотреблением курением (XVIII), запрещенными веществами (XX), посттравматическими заболеваниями (XXI). К трем проявившимся при межгрупповых сравнениях различиям в выраженности психопатологических симптомов (депрессивные болезни — I, синдром навязчивых идей и поступков — IX и булимия — XIII) фактор *нозологической принадлежности* в группе психиатрических пациентов добавил эффекты проявлений мании (II) и сверхтревожности (VIII).

Для психиатрически больных подростков также значимым оказалось влияние *уровней отношения к школе* на показатели *психопатии* (по методике Фрика) и диагностируемые переменные непсихопатологического уровня — *тревожности, СДВГ, агрессии, а также интернализации,*

115

экстернализации и общего показателя нарушений (по методике Ахенбаха). При этом исчезли влияния данного фактора на показатели *социальная дезадаптация и проблемы мышления,* оказавшиеся чувствительными при межгрупповых сравнениях подростков.

Другой показатель социальной дезадаптации — *отношения со сверстниками.* Мы рассмотрели его влияние на выраженность индексов по всем трем методикам,

учитывая принадлежность к той или иной группе психиатрических пациентов в качестве ковариаты (или дополнительного фактора, представляющего уровни нозологии).

Отношения со сверстниками влияли на вариабельность в нозологических подгруппах по переменным депрессивных болезней (I), тревоги (VI, VII и VIII), отклоняющегося поведения (XV, XVI), злоупотреблений курением и алкоголем (XVIII и XIX). Значимо изменялся также индекс проблем общения по Ахенбаху (все другие индексы методик не различались в зависимости от нозологической принадлежности пациентов). Следовательно, дифференцирующим был именно показатель замкнутости как фиксирующий трудности общения со сверстниками у больных.

Показатель психопатии здесь значимо не изменялся, оставаясь общим радикалом личностной обусловленности поведенческих нарушений в нозологических подгруппах.

Нарушения семейной экологии

В табл. 5.5 указана частота случаев, касающаяся изменений уровня переменной отношения в семье. Как видно из этой таблицы, чуть более 1/3 подростков в группе психиатрических пациентов согласились считать отношения в семье хорошими. Но столько же подростков подвергались насилию в семье (причем главным образом в собственной).

Таблица 5.5

Число подростков в группах по переменной отношения в семье

Уровень отношений	Число подростков
Хорошие со всеми	32
Плохие со всеми	12
Плохие с отцом	7
Плохие с матерью	12
Удовлетворительные	14

116

Окончание табл. 5.5

Уровень отношений	Число подростков
Неровные	17
Плохие с отчимом	3
Безнадзорность	3

Жестокость (насилие) в семье в группе психиатрических пациентов — 29 случаев, вне семьи — 4. Именно по этой переменной рассматриваемая группа отличалась от двух других, что во многом и обусловило значимые изменения 10 диагностируемых переменных в зависимости от фактора жестокое обращение (табл. 4.1).

Если учесть, что уровень «хороших отношений в семье» отличал в основном психиатрических пациентов, не совершавших ООД, то следует признать очень глубокими нарушения семейного окружения именно в группе подростков, совершивших ООД.

Фактор количество детей в семье влиял на различие в высоте показателей поведенческих расстройств (XVI) и делинквентности (по Ахенбаху), а также проявлений нарушений внимания (СДВГ по Ахенбаху). Он приближался к критическому уровню значимости в эффекте влияний на общий показатель

проблем у ребенка ($p=0,057$, что удовлетворительно при имевшемся численном составе подгрупп испытуемых разной нозологической принадлежности). Обратим внимание, что психопатологически обусловленные *расстройства поведения* здесь выступили значимо изменяющейся зависимой переменной, чего не наблюдалось при общем сравнении групп нормы, риска и психиатрической выборки. Таким образом, можно говорить о взаимодействии проявлений поведенческих девиаций как уровня психопатологической симптоматики с влиянием фактора *увеличение*.

Интегрирующую роль индикатора психологического неблагополучия выполнил в группе психиатрически больных подростков *общий показатель проблем* (по Ахенбаху). Таким образом, и эта методика имела важную различительную силу для внутригрупповых сравнений в выборках психиатрических пациентов.

Образование матери сказывалось на большом спектре переменных *поведенческих расстройств, тревожности, злоупотреблений курением*, а также на различиях в выраженности *депрессии*. Из непсихопатологических показателей отметим симптомы *нарушений мышления*, значимо увеличившиеся с падением образовательного уровня матери,

117

а также дифференцирующую роль производных шкал методики Ахенбаха (интернализации, экстернализации и общего показателя проблем).

Образование отца влияло на те же шкалы психопатологической симптоматики (добавился показатель *злоупотребления алкоголем*), а также на непсихопатологические проявления *тревожности, делинквентности, агрессии* и производные показатели (по Ахенбаху).

Итак, можно сделать выводы о проявлении в пределах выборки подростков — психиатрических пациентов — большей части тех же закономерностей, которые были выявлены при межгрупповых сравнениях по указанным качественным факторам социальных условий развития подростка. Но следует также подчеркнуть, что при внутригрупповых сравнениях фактор *диагноз* в совокупности с указанными переменными *социальной экологии* оказывался значимо влияющим на разные переменные психопатологического и непсихопатологического генеза, что подчеркивает взаимодополняемость использованных методик, ориентированных на установление симптомов по-разному обусловленных поведенческих отклонений и их коррелятов.

118

Глава 6

Влияние внутренних (психопатологических) факторов в общей выборке обследованных подростков

Постановка проблемы

Проведенное обследование российских подростков позволило осветить некоторые проблемы влияния социальных условий жизни ребенка на изменения внутренних

условий его развития, приводящие к генезу психологических особенностей, проявляющихся, в свою очередь, в тех или иных формах поведенческих расстройств. Этому была посвящена глава 4 нашей книги.

Включение в схему обследования пациентов психиатрической клиники и использование клинически ориентированного полуструктурированного интервью для всех трех обследованных групп подростков и юношей позволило нам поставить еще одну исследовательскую задачу: конкретизировать психологические переменные, сопутствующие или каузально связанные с развитием отклоняющегося поведения, как *внутренние условия развития психического дизонтогенеза*.

В качестве специфических внутренних условий нами были приняты переменные, отражающие те факторы эмоциональных и поведенческих проблем, которые определяются согласно клинически ориентированной методике *K-SADS* и, возможно, связаны с психопатологической симптоматикой. При этом, напомним, сами по себе переменные *K-SADS* (за исключением шкал психозов II—IV) в определенном диапазоне их количественных индексов не рассматриваются как психопатологически обусловленные, и методика может использоваться применительно к лицам от 6 до 18 лет, входящим в группу нормы (т. е. без психопатологической симптоматики).

Раскрытие взаимодействий внешних и внутренних условий развития ребенка в подростковый период и в период ранней юности, эффектов

119

влияний социальных факторов и внутренних психологических факторов на проявление и рост показателей поведенческих расстройств выступило для нас основным аспектом изложения полученных данных в новой схеме их обработки, представляемой в данной главе.

Мы предположили, что получаемые с помощью клинически ориентированной методики показатели могут быть рассмотрены как критерии подбора подгрупп (по уровням каждой шкалы) в пределах каждой из трех выборок подростков (принадлежность к группе выступает при этом в качестве ковариаты). Путем квазиэкспериментального сравнения внутригрупповых различий мы продолжили изучение вопроса о роли факторов, связанных, возможно, с психопатологически обусловленной симптоматикой, в обнаруживаемых различиях между группами обследованных подростков.

Новым аспектом постановки проблемы стало рассмотрение самих показателей клинической методики в качестве «внутренних» условий и в то же время переменных, обуславливающих величину других внутренних переменных, которые измерены индексами эмоциональных и поведенческих проблем подростка в использованных нами «листах наблюдения».

Понятно, что это разделение «воздействующих» и «зависимых» переменных психологического неблагополучия совершенно условно. «Воздействующими» показатели *K-SADS* оказываются только в смысле выделения их как специального фактора каузальных влияний на психологические параметры эмоциональных и поведенческих проблем у подростков. Далее мы будем называть проявления по шкалам *K-SADS* *внутренними условиями*, имея в виду, что возможно психопатологически обусловленное неблагополучие, скрытое за индексами шкал в этой методике, влияет на психологическое неблагополучие подростка, развитие у

него «загоняемых внутрь» проблем и *внешне выражаемых* проблем (в частности, агрессии и делинквентного поведения).

Сам фактор болезни уже выступил таким источником различий в общей схеме сравнения групп по всем трем использованным методикам. В данной же главе мы покажем, что возможно прояснить вклад психопатологически обусловленной симптоматики в величину индексов переменных психологического неблагополучия в обследованных группах подростков. То есть принадлежность к одной из трех групп — нормы, риска и психиатрической — будет рассмотрена в новой схеме обработки данных уже в качестве фактора внутригрупповых различий.

Итак, основной задачей излагаемой части нашего исследования стало сопоставление разноуровневой — психопатологической и непсихопатологической — симптоматики, свидетельствующей о нарушениях развития подростков в группах риска и подростков — пациентов психиатрической

120

клиники, также проявивших синдромы поведенческих расстройств. Группа нормы задавала здесь необходимый контрольный уровень. Напомним, выявляемые в интервью с подростком синдромы поведенческих и иных расстройств не трактуются применительно к группе нормы как имеющие психопатологический генез. К тому же можно предполагать одинаковую выраженность различным образом обусловленных симптомов психологического неблагополучия.

Начнем с представления межгрупповых различий по рассматриваемым в качестве зависимых переменных показателям «листов наблюдений». После этого представим основные результаты значимых эффектов шкал *K-SADS* (в качестве воздействующих факторов внутренних условий).

Результаты

1. Таблица 6.1 содержит результаты двух процедур дисперсионного анализа, согласно которым устанавливались межгрупповые различия по переменным психологического неблагополучия.

Таблица 6.1

Влияние фактора *принадлежности* к группе на показатели методик П. Фрика и Т. Ахенбаха (результаты дисперсионного анализа)

Данные дисперсионного анализа по процедуре	ANOVA		MANOVA	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Зависимая переменная				
Психопатия (по Фрику)	6,512	0,002	3,734	0,025
Закрытость (замкнутость, проблемы общения)	3,379	0,036	2,375	0,095
Соматические проблемы	1,756	0,175	1,409	0,246
Тревожность	7,147	0,001	0,294	0,746
Социализация (социальная дезадаптация)	9,152	0,001	3,886	0,022
Проблемы с мышлением	9,518	0,001	5,130	0,007
СДВГ	14,275	0,001	6,555	0,002
Делинквентность	53,948	0,001	17,891	0,001
Агрессия	7,430	0,001	3,254	0,040
Интернализация (внутренние симптомы)	1,477	0,230	0,596	0,552
Экстернализация (внешние симптомы)	18,841	0,001	5,693	0,004
Общий показатель проблем	16,793	0,001	7,129	0,001

121

Только для переменной *тревожность* переход к многомерному критерию существенно изменил результаты: эффект стал незначимым. В остальном данные

унивариативных статистик (*ANOVA*) и многомерного *F*-критерия (*MANOVA*) взаимно подтверждают друг друга. Значимые различия между группами получены для переменных *психопатия, закрытость в общении, трудности социализации, проблемы с мышлением, проблемы с вниманием (СДВГ), делинквентность, агрессия*, а также производные показатели *экстернализации* (внешнего выражения проблем) и *общий показатель проблем* по методике Т. Ахенбаха.

Эти результаты дисперсионного анализа позволяют сделать выводы о значимых влияниях эффекта принадлежности к группе по большинству психологических шкал, отражающих эмоциональное и поведенческое неблагополучие подростков. Незначимыми были различия групп по первичному показателю *соматические проблемы* вторичному — *интернализация*, свидетельствующему о внутренней симптоматике психологических проблем. Последнее понятно, если учитывать, что испытуемыми группы нормы стали школьники, которые предположительно нуждались в психологической помощи именно в силу выраженности у них психологических проблем.

В целом «листы наблюдений» с точки зрения внешнего критерия подтвердили свою роль диагностических средств нарастания психологического неблагополучия при переходе от группы нормы к группе риска и далее — к группе пациентов психиатрической клиники, совершивших правонарушение. Напомним, что пункты шкал были ориентированы Т. Ахенбахом в расчете на признаки неблагополучия, наблюдаемые и в норме, т. е. психопатологического генеза.

2. В табл. 6.2 представлены сводные данные о влиянии на показатели опросников П. Фрика и Т. Ахенбаха переменных внутренних условий развития, в качестве которых были рассмотрены диагностированные с помощью полуструктурированного интервью. Здесь были представлены все 21 шкалы по *K-SADS*; однако в таблице опущены те шкалы, для которых не было установлено значимых эффектов. Взаимодействие переменных *принадлежность к группе* и шкал полуструктурированного интервью было значимым только для двух зависимых переменных — *психопатия* по Фрику ($F=12,091$; $p=0,001$) и *проблемы мышления* по Ахенбаху ($F=3,975$; $p=0,047$). Эффекты же воздействий оказались значимыми для 13 из 21 шкалы интервью *K-SADS*.

Таблица 6.2

Сводные данные о значимых влияниях факторов внутренних условий (шкал *K-SADS*) на показатели опросников П. Фрика и Т. Ахенбаха

№	Зависимая переменная	Уровень значимости влияния факторов (шкалы интервью)												
		VI	VII	VIII	IX	XI	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
1	Психопатия (по Фрику)		0,001	0,003			0,039		0,002					
2	Замкнутость	0,024	0,013	0,005		0,038			0,054			0,035		
3	Соматические проблемы			0,001	0,0001									
4	Тревожность		0,003	0,0001		0,029				0,02				
5	Проблемы социализации			0,008										
6	Проблемы мышления			0,046	0,0001	0,0001								0,001
7	Проблемы внимания		0,036					0,0001						0,045

	(СДВГ)													
8	Делинквентное поведение	0,017	0,003						0,0001	0,0001	0,029	0,0001	0,043	
9	Агрессия		0,001						0,0001	0,0001		0,038	0,003	
10	Интернализация		0,001	0,0001	0,4					0,043				
11	Экстернализация		0,0001						0,0001	0,0001		0,003		0,006
12	Общий показатель проблем	0,0001	0,003	0,46	0,013		0,044	0,011		0,010				

123

Итак, в качестве внутренних условий развития подростков, которые могут рассматриваться как значимо воздействующие на показатели *делинквентности*, выступили факторы:

- социофобия, специфические страхи (VI и VII), тики (XVII), но не сверхтревожность (VIII);
- синдромы оппозиционного поведения (XV) и расстройства поведения (XVI);
- злоупотребление курением (XVIII) и алкоголем (XIX).

Относительно влияния последних двух переменных отметим следующее. Необходимо различать их вклад как сопутствующих общему радикалу поведенческих отклонений и как принципиально обусловивших попадание подростков в группы риска. Специально мы остановимся на связи делинквентности с указанными формами страхов и фобий. В остальном результат сопоставления межгрупповых различий по всем методикам и анализ влияний переменных, диагностируемых в соответствии со шкалами клинического полуструктурированного интервью, на психологическое неблагополучие подростков, таков: методики *K-SADS* и Ахенбаха взаимно подтверждают друг друга, т. е. обладают конвергентной валидностью при диагностике поведенческих расстройств.

3. Показатель *психопатии* значимо изменяется в зависимости от влияния уровней факторов *специфические страхи* (VII) и *сверхтревожность* (VIII), шкалы *булимия* (XIII) и шкалы *оппозиционное поведение* (XV). То есть синдром неуступчивого и *оппозиционного поведения* подростка более тесно связан с другими показателями внутренних проблем, чем *делинквентное поведение*, как признак поведенческих девиаций по Ахенбаху. Это скорее показатели загоняемого внутрь, но не разрешаемого в деструктивных действиях конфликта. Показатель влияния *дистресса* (шкала XXI) здесь не проявляется.

4. Синдром оппозиционного поведения и поведенческих расстройств в качестве диагностируемых факторов клинического (патопсихологического) уровня значимо определяют показатель *агрессии*. Кроме того, на ее выраженность (по «листам наблюдений») влияют факторы специфических страхов/агорафобий (VII), злоупотребления курением (XVIII) и запрещенными веществами (XX). Эта группа связанных с агрессией синдромов так же, как и делинквентность, хорошо интерпретируется с точки зрения общего радикала *риска внешних и деструктивных проявлений психологических проблем* у подростка.

124

5. Отличные от названных эффекты влияний проявляются в показателях *СДВГ и проблем мышления*. Генерализованная тревога, или *сверхтревожность* (VIII), и *синдром навязчивых идей и поступков* (IX), а также злоупотребление запрещенными веществами — *наркотиками* (XX) — значимо обуславливали выраженность *проблем с мышлением*, т. е. трудности понимания ситуаций подростком и дискурсивных размышлений. Можно предположить, что значимые изменения по названным показателям методики Ахенбаха следует рассматривать в качестве неспецифических и вторичных эффектов. Но нарушения мышления в свою очередь могут рассматриваться как нарушенные внутренние условия развития, в большей степени проявляющиеся именно при наличии у подростков указанных переменных психопатологического генеза.

Фактор *энкопреза* (XI), значимо сопутствующий также нарушениям общения и тревожности, видимо фиксирует проявления аутизации, отражаемой психологической переменной *замкнутость* (по Ахенбаху). Выраженность *синдрома гиперактивности и дефицита внимания* в показателях методики Ахенбаха подвержена влияниям со стороны индексов шкал *фобий и страхов* (VII), соответствующего показателя *СДВГ* в клиническом интервью (XIV) и *злоупотребления запрещенными веществами* (XX). Очевидно, что в указанной зависимости переменных *нарушений внимания* проявляется конвергентная валидность методик. Гипотезы же о процессах, опосредствующих влияние на *СДВГ* эмоциональных нарушений (фобий) и наркотической зависимости, еще только должны быть сформулированы (и проверены в других исследованиях).

6. *Замкнутость как трудность в общении* (по листу наблюдений Ахенбаха), закрытость подростка, избегание контактов — этот симптомокомплекс испытывает воздействия со стороны таких нарушений внутренних условий, как страхи в связи с боязнью разлуки, социофобия, неспецифические страхи и *сверхтревожность* (VI—VIII), *энкопреза* (XI), *синдром оппозиционного поведения* (XV) и *злоупотребление курением* (XVIII). Если одна часть этих условий совпадает с *ковариатами агрессии*, то другой (фобии, страхи, *энкопрез*) демонстрирует иную направленность личностных реакций подростка — перевод их на уровень *внутриличностных* конфликтов (а не поведенчески выражаемой делинквентности).

В отечественной подростковой психиатрии в оппозиционном, или протестном, поведении подразделяют два варианта — активные и пассивные

125

реакции протеста. Энурез и энкопрез относят к пассивным проявлениям протестных реакций ребенка. Сочетание этого симптома (шкалы X или XI) с повышенными показателями по собственно оппозиционному поведению (шкала XV) выглядит вполне закономерным, поскольку имеет общий радикал проявления психогенных поведенческих девиаций.

Влияние *генерализованной тревожности*, или *сверхтревожности* (VIII), и *синдрома навязчивых идей и поступков* (IX) на показатель *соматических проблем* (по методике Ахенбаха) отражает более тесную связь этих внутренних условий развития с соматическим здоровьем подростка, чем остальных шкал *K-SADS*.

Обсуждение результатов

Итак, в нашем исследовании был зафиксирован рост — от группы нормы к группам риска и психиатрических пациентов (где 3/4 подростков были правонарушителями) — пассивно-агрессивных форм девиаций, фиксируемых шкалой *оппозиционного поведения* (XV). И этот рост наблюдался в связи с иными сопутствующими симптомами психического дизонтогенеза, чем *расстройства поведения* (XVI).

Как не раз отмечалось в специальной литературе, при увеличении показателя поведенческих расстройств повышается и уровень тревожности ребенка [1999]. Это рассматривалось применительно к клиническим выборкам, т. е. к психиатрическим пациентам. В нашем исследовании шкалы *неспецифических страхов, социофобий и сверхтревожности* значимо влияли в качестве факторов внутригрупповой вариативности на показатель *делинквентного поведения* (по Ахенбаху) или *психопатического поведения* (по Фрику). Но, как мы показали ранее в главе 3, ряд индексов *тревожности* (VI, VIII) в целом понижался при переходе к группе подростков — психиатрических пациентов. По шкалам *агорафобии и специфических страхов* (VII), а также *генерализованной тревожности* (VIII) показатели подростков из группы «риска» не отличались значимо от показателей в психиатрической выборке. Таким образом, коморбидные изменения тревожности направлены не столь однозначно и, как следует из наших результатов, в свою очередь, могут рассматриваться как детерминанты поведенческих расстройств. Мы уже отмечали выше, что именно снижение показателей генерализованной тревоги, или *сверхтревожности*, связано с нарастанием индексов *делинквентности*.

126

Таким образом, проведенное нами исследование предполагает переосмысление видов искажений во внутренних условиях развития ребенка, сопутствующих или приводящих к поведенческим девиациям. Подростки группы риска не характеризуются сегодня повышенной тревожностью. Этот факт следует обсуждать и в практическом плане — с точки зрения учета его в социальной работе и в разработке методов воспитания.

Фактор имевшего место *жестокое обращение* с подростком определил рост соответствующих показателей поведенческих расстройств по обеим шкалам (на уровне синдромов, диагностируемых с помощью клинического интервью и с помощью непсихопатологически ориентированной методики). Но другие искажения внешних условий развития, т. е. факторов социального и семейного неблагополучия, по-разному влияли на показатели оппозиционного и делинквентного поведения, как различались и эффекты влияний со стороны внутренних условий психического здоровья или психологического неблагополучия со стороны коморбидных симптомов. Это позволяет считать наши результаты свидетельствующими в пользу того, что разные каузальные связи психологических особенностей подростков определяют развитие этих двух форм поведенческих отклонений.

В исследованиях на разных выборках подростков прослеживалось влияние ряда из учтенных нами факторов социального неблагополучия.

Существенным преимуществом нашего исследования стал его эпидемиологический статус, предполагающий сплошное обследование определенных выборок и достаточно большой состав групп при использовании внешнего критерия их различия. В зарубежных исследованиях одними методиками охватывались большие нормативные выборки (например, исследования Т. Ахенбаха и процитированная в главе 2 работа Е. Григоренко с соавторами по сопоставлению

результатов подростков американской и российской выборок), другими — несравнимо меньшие по объему группы, характеризующие отдельные выборки (Баркет и Майерс провели полустандартизованное интервью *K-SADS* с 25 пациентами психиатрической клиники [Burket, Myers, 1995]). Мы смогли впервые сопоставить на достаточно представительных выборках результаты диагностики отклоняющегося поведения по двум принципиально различным образом ориентированным методикам.

Интересен такой полученный нами результат: переменные внутренних условий, связываемые с развитием синдромов патологического генеза (в качестве которых выступили диагностируемые с помощью

127

клинически ориентированного интервью шкалы), значимо влияли только на три показателя методики Ахенбаха, ориентированной на норму: *проблемы социализации, мышления и делинквентного поведения*. Это позволяет рассматривать названные симптомы психологического неблагополучия как наиболее явные направления возможных влияний со стороны психопатологически обусловленных девиаций развития подростков.

Отметим, что показатель *нарушений социализации* тесно связан с особенностями социального познания, обнаруживающим у подростков с расстройствами поведения то, что клиницистами называется «дефицитарностью». Это невозможность пошаговой, последовательной интерпретации подростками получаемой в социальных контактах информации, трудности раскодирования социальных намеков, продумывания возможных вариантов ответов при принятии решений, склонность к агрессивному реагированию и принятию в качестве агрессивных на самом деле нейтральных или неопределенных схем поведения партнеров [Frick, 1999; Matthis et al., 1995].

Ряд авторов связывают такую дефицитарность с семейным неблагополучием, когда угрожающая и оскорбительная семейная обстановка способствует формированию образа мира как в целом угрожающего (социального) окружения. И эта позиция переносится подростком из семьи на другие межличностные взаимодействия. Дети *спсихопатическими* — бездушно-неэмоциональными чертами — склонны к другому механизму: инструментальной агрессии, когда нет дефицита понимания межличностной или иной социальной ситуации, а агрессия служит средством достижения определенной цели — материальной (деньги) или социальной (доминирование).

Итак, кроме содействия механизмам *агрессии* переменные, стоящие за *нарушениями социализации*, связаны и с особенностями *познавательной сферы* — понимания подростками окружающих их реалий, что закономерно выводит в качестве сопутствующих делинквентности *проблемы мышления*. Низкий интеллект рассматривается в качестве диспозиционального фактора и в зарубежной, и в отечественной литературе, который связывается с риском антисоциального поведения субъекта, а тем более подростка. Но в эмпирических исследованиях это подтверждается только для некоторых групп риска. Так, при подростковом начале поведенческих расстройств интеллект более высок, чем при детском начале [Frick, 1999]; и нарушения развития принимают формы оппозиционного поведения.

128

В зарубежных исследованиях было показано, что подростки до 13 лет с делинквентным поведением, когда асоциальность уже приняла форму правонарушений, но без эмоциональной уплощенности и присутствия психопатических черт, могут демонстрировать даже более низкие показатели интеллекта, чем подростки из психиатрической выборки [Christian, Frick et al., 1997]. Сходная группа трудных подростков с эмоциональными расстройствами и выраженностью психопатических черт, напротив, могла не отличаться по уровню интеллекта от контрольной группы нормы. Это согласуется с теми описаниями психопатических личностей, которые предполагают, что с интеллектом у них все в порядке, а разграничение психопатических и непсихопатических вариантов антисоциального поведения связано с оценкой личностных установок, но не трудностей осмысления подростком последствий тех или иных действий.

Специальных методик на измерение уровня интеллекта мы не использовали. При обследовании подростков психиатрической выборки — причем для иных возрастных периодов — нами применялись классические патопсихологические методики изучения мышления. Однако состав обследованных групп позволяет сделать косвенные выводы. То, что подростки нашей группы риска в основном имели трудности в обучении и не смогли учиться в обычной школе, а состав психиатрической выборки был смешанным, но достаточно большое число случаев связано с диагнозом умственной отсталости, означает в целом несомненно более низкий уровень интеллекта среди обследованных нами подростков групп риска и психиатрических пациентов. Учет также направленность различий групп по показателю *психопатии*: он более высок именно у группы риска. Таким образом, на выраженность поведенческих расстройств в ней в большей степени влияли именно низкий интеллект и психопатические черты, а в психиатрической выборке — психопатологические факторы.

Резюме

На основе анализа выявленных нами влияний, оказываемых уровнями факторов внутренних условий (эмоциональных и поведенческих нарушений развития, определяемых с помощью клинического интервью) на показатели психологической симптоматики, отражающей непсихопатологические изменения в поведении трудных подростков, мы смогли найти эмпирические подтверждения ряду гипотез, которые

129

конкретизируют, в связи с чем от этих подростков можно ожидать последующих проявлений делинквентности.

Новыми для характеристики российских выборок подростков выступили данные, свидетельствующие о связях эмоциональных и внутриличностных проблем, а также коморбидных изменений ряда факторов поведенческих нарушений с индексами психологических свойств, свидетельствующих о внутренних девиациях развития у подростков групп риска. Однако ряд полученных для российских выборок результатов не вполне соответствуют описанным зарубежными авторами схемам и не вполне отвечают сложившимся объяснительным моделям генеза делинквентности.

По фактору *оппозиционного поведения* подростки групп риска и подростки с психиатрическим диагнозом (3/4 которых совершили ООД), как это следует из

приведенных нами ранее данных, значимо не отличались. Видимо, этот показатель в большей степени связан с возрастными девиациями, чем с прогнозом риска делинквентного поведения в будущем. Показатели же *делинквентного* поведения или *поведенческих расстройств* (по обеим примененным с этой шкалой методикам — *K-SADS* и «лист наблюдений» Ахенбаха) прямо отражали эффекты нарушений социальных условий развития или психического статуса подростка (наличие психиатрического диагноза).

В совокупности это вновь подтверждает необходимость различать внутренние каузальные факторы развития *протестного (оппозиционного) поведения*, не направленного на деструктивные действия и вред другим, и *делинквентное поведение*, для которого обе направленности вполне характерны.

Неоднозначно выглядят наши данные о влиянии факторов внешних и внутренних условий на индекс *агрессии*. Что оказалось неожиданным, так это отсутствие эффектов влияния переменных внешних условий на показатели *агрессии* и *тревожности*, измеренные по методике Ахенбаха. Опосредствующими для проявления соответствующих поведенческих отклонений выступили факторы внутренних условий, диагностируемые с помощью клинически ориентированного интервью *K-SADS*. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования для уточнения объяснительных схем взаимосвязей агрессии с другими девиациями психопатологического и непсихопатологического уровней.

Обратим также внимание на тот факт, что показатель социальной дезадаптации подростка (в таблицах — *проблемы социализации*) испытывал

130

большее влияние со стороны факторов внешних условий, чем переменных, свидетельствующих о психопатологически определяемых внутренних условиях развития, из которых только сверхтревожность (шкала VIII) значимо влияла на нарушения социализации у подростков.

Тот факт, что на показатель *психопатии* (по методике Фрика) влияли индексы *тревожности* и *оппозиционного поведения* (диагностируемые с помощью полустандартизованного интервью), но не факторы нарушения внешних условий, также свидетельствует об опосредующем статусе личностных особенностей как внутренних условий развития подростка.

Итак, сопоставление трех групп подростков позволило нам различать вклад в поведенческие расстройства разных психологических условий — непсихопатологического и психопатологического генеза — и показать их разную податливость факторам, отражающим неблагополучие внешнего окружения, т. е. социальной дезадаптации подростков.

131

Глава 7

Синдром гиперактивности и дефицита внимания¹

Постановка проблемы

Как свидетельствуют приводимые в специальной литературе данные и результаты осуществленного нами исследования, для адекватного понимания психологических причин поведенческих отклонений у подростков необходимо учитывать множество различных процессов, связанных с влиянием искажений внешних и внутренних условий развития, которые могут быть вовлечены в актуалгенез этих расстройств.

Наблюдаемая симптоматика *расстройств поведения* — это всегда результат взаимодействия многих и различных типов взаимодействия факторов нарушенной социальной экологии, факторов болезни (соматического неблагополучия и наличия психиатрической симптоматики), факторов внутренних условий развития, под которыми мы понимаем здесь также непсихопатологические психологические особенности подростков (часто выступающих в литературе под названием сопутствующих личностных свойств).

Сложность исследования проблемы генеза поведенческих расстройств также заключается в том, что последние редко возникают как изолированные синдромы. Им часто сопутствует синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), тревожность, агрессия, посттравматические стрессовые заболевания. Эти составляющие сложных расстройств внутрииндивидуально относятся к коморбидности, или «двойственному диагнозу».

Определение коморбидности при исследовании расстройств поведения у подростков, разделение между «специализированными» и «многосторонними» паттернами поведенческих проблем важны в плане решения диагностических задач, поскольку при неочерченности

132

клинической картины нарушения поведения часто оказываются признаками начальных или скрытых психических расстройств, будучи как бы «поведенческими масками». Исследование этой проблемы имеет и прикладной характер, так как повышает прогностическую ценность определения типов течения и исхода расстройства, подбора адекватного лечения комплекса расстройств, а не изолированных симптомов, большей специализированности психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. К примеру, если один ребенок с расстройствами поведения демонстрирует только симптомы агрессии — ввязывается в драки, задирает сверстников и манипулирует ими, другой может показывать только симптомы вранья и быть прогульщиком в школе, а третий будет иметь более вариативную картину симптомов (и вранье и вандализм). Большинство исследований доказывают, что именно третий ребенок подвержен наибольшему риску продолжения девиантного и развития антисоциального поведения в подростковом возрасте и далее во взрослом состоянии [Frick, 1999].

В данной главе мы хотим обсудить проблему СДВГ у подростков как отдельную психологическую реальность, которая, на наш взгляд, в отечественных работах недостаточно исследована. Его роль в подростковом возрасте требует особого обсуждения, поскольку в этот период нарушения внимания и гиперактивность коррелируют с асоциальными проявлениями девиации развития ребенка.

СДВГ нашел свое место при анализе так называемых малых мозговых дисфункций. Н. Заваденко синдром изучен на выборке детей до 10-летнего возраста включительно [1999]; согласно приводимым им данным, у 70% подростков сохраняются установленные в детстве симптомы СДВГ.

За рубежом также до недавнего времени с синдромом гиперактивности и дефицита внимания ассоциировались поведенческие проблемы, импульсивность и

гиперактивность и все это рассматривалось как часть большой психологической сферы, охватываемой терминами «разрушающее (деструктивное) поведение» и «поведенческие расстройства». Однако несколько десятилетий назад исследования установили, что поведение, ассоциируемое с СДВГ, и поведение, ассоциируемое с расстройствами поведения, — это две сравнительно автономные сферы нарушений регуляции поведения. И в настоящее время поведенческие расстройства и синдром дефицита внимания и гиперактивности рассматриваются отдельно в большинстве классификационных систем.

133

В рамках данной главы мы будем опираться на уже изложенные в главе 1 особенности классификационных систем отклонений поведения, которые приняты в отечественной и зарубежной психиатрии и психологии, где выделяются его патологические и непатологические формы; асоциальное, или антисоциальное, и делинквентное; девиантное, делинквентное и криминальное поведение [Гурьева, 1998; Пирожков, 1998 и др.].

Ряд отечественных психиатров считают СДВГ важным отклонением психосоциального развития, тесно связанным с патологическими формами поведения. В МКБ-10 этот вариант нарушений выделяется как «неуточненное психическое расстройство детского возраста».

Поведенческие характеристики гипердинамического синдрома в понимании отечественных авторов достаточно просты и означают признаки нарушения способности к концентрации внимания, выраженную двигательную, речевую и поведенческую активность, «прилипчивость» в отношениях и привязанностях. Для таких детей характерна легкая отвлекаемость на внешние стимулы, нетерпеливость во время бесед, неспособность сконцентрироваться на конкретном задании, эмоциональная неустойчивость с легкостью возникновения аффективных реакций отказа, оппозиции. Эмоциональная неустойчивость часто сочетается с общей дезорганизованностью и импульсивностью поведения, склонностью к рискованным поступкам без учета возможных последствий.

Обсуждаются данные в пользу как генетических факторов возникновения симптоматики СДВГ, так и внутрисемейного воспитания [Равич-Щербо, Марютина, Григоренко, 1998]. Однако нам неизвестны отечественные исследования, в которых бы сопоставлялась выраженность СДВГ у психиатрических больных подростков и подростков групп «риска», у которых делинквентное поведение и совершение правонарушений также выражены, но не связаны с установлением психиатрического диагноза.

Следует подчеркнуть, что вышеприведенные поведенческие характеристики совпадают с симптомным листом американского психиатрического руководства *DSM-IV*:

- с трудом сосредоточивает внимание при выполнении заданий или во время игры;
- не слушает;
- испытывает трудности при выполнении инструкций;

134

- теряет вещи;
- легко отвлекается;
- непоседлив;

- с трудом сидит на месте;
- с трудом спокойно играет;
- отвечает, не дожидаясь, когда спросят;
- с трудом дожидается своей очереди;
- прерывает других, мешая им;
- мечется от одного дела к другому;
- слишком много разговаривает;
- совершает опасные поступки.

Причем свидетельством наличия синдрома гиперактивности и дефицита внимания служит наличие по крайней мере 8 из вышеперечисленных 14 симптомов.

В *DSM-IV* выделяются уже два типа синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Первый характеризуется преобладанием невнимательности (делает много ошибок по невнимательности; трудно сосредоточивает внимание при выполнении заданий; не слушает; трудности при выполнении инструкций; с трудом организует выполнение заданий; не любит/избегает заданий, требующих сосредоточенности; теряет вещи; легко отвлекается; забывчив в повседневной жизни). Второй тип характеризуется преобладанием сверхактивности и импульсивности (непоседлив; с трудом сидит на одном месте; чрезмерно много бегает; с трудом спокойно играет; постоянно в движении; слишком много говорит; отвечает, не дожидаясь, когда спросят; с трудом дожидается своей очереди; прерывает других, мешая им). Отметим также, что для диагностики СДВГ используются методические средства, ориентированные как на психопатологические, так и на непсихопатологические симптомы.

Целью главы было представить один из аспектов в результатах эпидемиологического обследования российских подростков, а именно рассмотреть эффекты влияния на СДВГ факторов внешних и внутренних условий развития подростка.

Задачей представляемой части работы послужило выделение связи поведенческих расстройств с СДВГ и с сопутствующими психологическими особенностями подростков, чтобы уточнить взаимодействие в их генезе факторов психического заболевания и нарушенной

135

социальной экологии. Полученные данные по сходным шкалам двух различным образом построенных методик позволяли оценить их конвергентную валидность и репрезентативность установленной симптоматики СДВГ.

Из шкал методики Ахенбаха нас интересовали в первую очередь соответствующие данные по шкале *нарушения внимания*, а также показатели *делинквентного поведения*, *агрессии* и *тревожности*. Как видим, за исключением *агрессии*, по остальным шкалам мы могли сопоставить данные двух методик, как для СДВГ, так и для сопутствующих девиаций.

Результаты обследования российских подростков

Для обработки данных по связи СДВГ с другой симптоматикой нами использовались дескриптивные статистики и те же схемы дисперсионного анализа, включая

множественные сравнения по Шеффе, которые уже представлены в предыдущих главах. Итак, мы оценили значимость различий между обследуемыми группами подростков по каждому из психологических показателей, а выделенные в беседе с подростком переменные социальных условий рассматривались в качестве факторов, определяющих различия по выраженности СДВГ:

1. Совокупные профили психологических показателей, где синдром дефицита внимания и гиперактивности — лишь один из более 20 других индексов, значимо различали три обследуемые выборки ($F=1,925$, $p=0,008$), о чем мы уже говорили в главе 3.
2. По СДВГ мы сравнивали как средние по *K-SADS*, так и удельный вес случаев, когда показатель был максимальным в основном интервью и подросток тестировался также по соответствующему дополнительному приложению. Частотное распределение случаев дополнительных интервью свидетельствуют о существенных отличиях выраженности СДВГ в психиатрической группе — у 40 из 86 человек. В группах нормы и риска это соответственно 2 и 7 человек.

По результатам сравнения средних этот показатель психологических проблем закономерно возрастает от группы 1 (норма) к группе 2 (группа риска делинквентного поведения) и имеет максимальное значение в группе 3 (психиатрическая выборка).

Дисперсионный анализ, проведенный по данным для совокупной выборки в 258 человек, показал значимость фактора *принадлежность*

136

к группе в его влиянии на показатель СДВГ, измеренный по *K-SADS*. Уровень значимости этого эффекта $p=0,0001$; по критерию Шеффе значимо различаются 1-я и 3-я, а также 2-я и 3-я группы испытуемых; незначимым предстает различие между 1-й и 2-й группами. Таким образом, не различаясь значимо в группах нормы и риска, показатель СДВГ был значимо связан именно с принадлежностью к группе подростков с психическими заболеваниями и поведенческими расстройствами, включая правонарушения.

3. По методике Ахенбаха изменение показателей СДВГ проявляло схожую тенденцию: увеличение выраженности синдрома к группам «риска» и «психиатрической» (средние соответственно 14.7, 18.1, 20.4 балла). Значимыми по критерию Шеффе были различия между 1-й и 2-й ($p=0,006$) и 1-й и 3-й ($p=0,0001$) группами. Различие между группами «риска» и «психиатрической» не достигло по этой методике должного уровня значимости.
4. На показатель СДВГ влияли факторы, рассматриваемые нами в качестве внешних и внутренних условий развития подростка. По совокупным данным всех трех обследованных групп подростков для шкалы СДВГ, измеренной с помощью полуструктурированного интервью *K-SADS*, установлены следующие значимые эффекты.

Переменные *жестокое обращение, отношения со сверстниками и количество детей в семье* при рассмотрении фактора *принадлежность к группе* — 1-й, 2-й или 3-й — в качестве ковариаты значимо влияли на СДВГ (табл. 7.1).

Таблица 7.1

Изменения показателя СДВГ по методике *K-SADS* в зависимости от внешних условий

Фактор	<i>F</i>	<i>P</i>	Сопутствующие шкалы (коморбидность)
--------	----------	----------	-------------------------------------

Жестокое обращение	6,782	0,010	Оппозиционное поведение Расстройства поведения (и ряд других шкал)
Отношения со сверстниками	12,882	0,0001	Депрессия Социофобия Посттравматические стрессовые заболевания Оппозиционное поведение Расстройства поведения

137

Фактор	F	P	Сопутствующие шкалы (коморбидность)
Количество детей в семье	3,963	0,048	Панические расстройства Сверхтревожность Буллимия

Отношение к школе как фактор школьной дезадаптации не достиг в его влиянии на СДВГ (по *K-SADS*) должного уровня значимости ($p=0,062$). Однако этот же фактор в рамках психиатрической группы значимо влиял на показатель СДВГ, измеренный по методике Ахенбаха (табл. 7.2); по переменной *K-SADS* эффект вновь незначим.

Таблица 7.2

Изменения показателя СДВГ, измеренного по методике Ахенбаха

Фактор	F	P	Сопутствующие шкалы
Отношение к школе	4,203	0,001	Расстройства поведения Оппозиционное поведение Злоупотребление курением, наркотиками (по <i>K-SADS</i>) Психопатия (по Фрику), Тревожность, агрессия (по Ахенбаху)
Количество детей	3,447	0,005	Расстройства поведения (по <i>K-SADS</i>), делинквентность (по Ахенбаху)

Отметим среди сопутствующих переменных в табл. 7.2 показатель *психопатии* ($p=0,004$), измеренный с помощью специальной методики П. Фрика [Frick, 1999].

Этот показатель личностно обусловленных поведенческих девиаций увеличивался во всех трех выборках в связи с углублением *школьной дезадаптации* (переменные *отношение к школе*, *отношения со сверстниками*), как и показатели *делинквентности* в связи с увеличением *количества детей в семьях*. Изменения СДВГ при этом были основными, а названные показатели поведенческих отклонений — сопутствующими изменениями, или ковариатами.

Однако, несмотря на приведенную схему обработки данных с помощью дисперсионного анализа, все же нельзя рассматривать эти результаты свидетельством тех или иных «воздействий». Как тестируемые показатели, так и реконструируемые с помощью бесед (предварительно диагностическое интервью) качественные переменные,

138

отражающие неблагополучие окружающей ребенка среды, — лишь условия, на фоне изменений которых мы наблюдали и изменения соответствующих показателей психологического и психопатологического генеза.

Переменные *криминализация* (опыт приводов в милицию и правонарушения подростков), *смерть одного из родителей*, *образование и работа матери и отца* также не влияли значимо на показатель синдрома гиперактивности и расстройств внимания.

Важно отметить, что указанные переменные, как это следует из табл. 7.1 и 7.2, значимо определяя вариабельность показателя СДВГ, в качестве сопутствующих изменений в психиатрическом статусе подростка имели разные шкалы. *Оппозиционное поведение и поведенческие расстройства* — шкалы по *K-SADS* — испытывали влияние, как и шкала СДВГ, со стороны факторов *жестокое обращение* по совокупной выборке и школьной дезадаптации (фактор *отношение к школе*) по психиатрической.

Обсуждение результатов

Полученные данные о том, что выраженность синдрома гиперактивности и дефицита внимания была значимо большей в группе подростков с психиатрическим диагнозом и что по данному фактору эта (3-я) группа значимо отличалась как от 1-й — нормы, так и от 2-й — риска, подтверждают необходимость рассмотрения этого синдрома в рамках течения различных психических заболеваний. Наши результаты не расходятся с полученными в ряде зарубежных исследований [Greene, Biederman, Faraone, Sienna, Garcia-Jetton, 1992], где подчеркивалась коморбидность синдрома СДВГ с разнообразными психическими расстройствами, куда включают оппозиционно-неповинующееся поведение, повышенную тревожность, аффективные расстройства.

По мнению указанных авторов, важен вопрос о том, действительно ли сопутствующие поведенческие и аффективные расстройства вторичны по отношению к рассматриваемому синдрому или, может быть, указанная коморбидность оказывается маскирующей для других психических расстройств. В то же время нельзя забывать тот факт, что СДВГ может существовать как отдельный подтип нарушений, связываемых с малыми мозговыми дисфункциями [Заваденко, 1999; Равич-Щербо и др., 1998]. Но, как следует из наших данных, фактор постановки психиатрического диагноза значимо определял выраженность СДВГ.

139

Ряд авторов делали попытки более подробно исследовать коморбидность СДВГ [Willcutt, Pennington, Chhabildas, Friedman, Alexander, 1999]. Согласно им, фактор дефицита внимания коррелировал более значимо с низким интеллектом и более высоким уровнем депрессии, а фактор гиперактивности был более тесно связан с оппозиционно-неповинующимся поведением и расстройствами поведения. Их результаты подтверждают правомерность выделения и изучения подтипов синдрома гиперактивности и дефицита внимания и доказывают необходимость рассматривать клиницистами коморбидные расстройства как часть всестороннего рассмотрения СДВГ. Представленные нами в табл. 7.1 и 7.2 шкалы расстройств, сопутствующих СДВГ, свидетельствуют о возможности выделения множественных внутренних связей с внутренними психопатологическими и внешними условиями развития ребенка.

Среди выявленных сопутствующих шкал по совокупным данным для всех трех групп следует выделить факторы *депрессии, социофобии и сверхтревожности* (по *K-SADS*) и *тревожности* (по Ахенбаху). Социальная дезадаптация, которая неминуемо сопровождает такие расстройства, как социофобия и сверхтревожность, рассматривается рядом исследователей в качестве прогностически значимого признака для отдаленных проявлений

синдрома *расстройств поведения*. Согласно нашим данным, сопутствующие поведенческие девиации тесно связаны с такими эффектами влияния социальных условий, которые выражаются в школьной дезадаптации (эффекты влияния *отношение к школе, отношение со сверстниками*). Ряд других проанализированных нами условий социального неблагополучия жизни подростка не влияют на СДВГ и его корреляты в психиатрической выборке.

Фактор совершения правонарушения (*криминализация*) значимо обусловил индексы СДВГ, но только в случае использования методики Ахенбаха; т. е. как искажения поведенческой регуляции на непсихопатологическом уровне. То же можно сказать о вкладе фактора *количество детей в семье* в симптоматику СДВГ.

Таким образом, в самом СДВГ следует выделять те его составляющие, которые испытывают влияние со стороны нарушений внутренних условий, как симптоматики на психопатологическом уровне, связываемом с наличием психиатрического *диагноза* (они лучше фиксируются методикой *K-SADS*), и те, которые не связаны с психопатологической симптоматикой и лучше отражают эффекты воздействия «средового» неблагополучия (тогда более репрезентативны данные применения методики Ахенбаха). Однако в целом, какую бы методику для диагностики СДВГ мы ни использовали, оппозиционное поведение и поведенческие

140

расстройства, характеризующиеся как делинквентность, сопровождали увеличение индексов СДВГ.

В то же время в 1/4 случаев поведенческие отклонения наблюдались у подростков и при отсутствии симптоматики СДВГ. Следовательно, каузальных связей между СДВГ и делинквентным поведением постулировать нельзя. Но можно говорить об облегчающем влиянии симптоматики СДВГ на развитие поведенческих расстройств.

Следует указать также один из опосредствующих процессов, явно связанных с этим влиянием, — «нарушенные родительские тактики», или изменение способов воспитания в семьях, где растет гиперактивный ребенок. С одной стороны, можно рассматривать, как это делают некоторые исследователи, зависимость гиперактивности и нарушений внимания от неправильных тактик, которыми пользуются родители (кричат на детей, чаще их наказывают, в меньшей степени сотрудничают с ними и т. д.). С другой стороны, такие негативные изменения в практике воспитания ребенка в определенной степени являются результатом того, что обычные тактики «не проходят». Направленность и формы поведения ребенка с СДВГ труднее корректировать; такие дети с трудом сосредотачиваются, быстро отвлекаются, не сразу воспринимают обращение к ним взрослого и т. д. По существу, здесь наблюдается так называемая круговая причинность.

При этом нарушение обычных схем воспитания приводит к тому, что ребенок чувствует себя более отверженным (по сравнению с тем, в семье которого не наблюдается указанной круговой причинности в нарушениях родительских тактик и его поведении). Связь такого отвержения с последующим развитием агрессии продемонстрировало эмпирическое исследование А. Бандуры и Р. Уолтерса, в котором сравнивались группы, включившие обычных подростков и 26 подростков с агрессивным и делинквентным поведением (по внешнему критерию) [Бандура, Уолтерс, 2000]. Однако в этом исследовании ничего не говорится о проявлении обсуждаемого синдрома с развитием агрессивных форм реагирования как результатом отвержения ребенка матерью или отцом.

В нашем обследовании подростков было установлено такое крайнее выражение нарушения родительских тактик, как «жестокое обращение с ребенком». Именно с ним был связан значимый рост показателей оппозиционного поведения и поведенческих расстройств, но не СДВГ.

Отметим также, что в психиатрической выборке подростков значимыми были эффекты отдельных факторов *настоящий диагноз* и *первичный диагноз* на переменные *тревожности*. Также наибольшие эффекты воздействия имели эти факторы на переменные *расстройства*

141

поведения и *оппозиционно-неповинующееся поведение*. То есть тревожность можно рассматривать в качестве маркера для более тяжелых поведенческих расстройств.

Возможно, что повышенная тревожность у подростков с СДВГ показывает, насколько аффектированы их неудачи в социальном функционировании. Лилиенфилд называл это «негативной эффективностью», понимая этот коморбидный тип тревожности как результат значимых и повторяющихся неудач, которые испытывают подростки с СДВГ (в первую очередь отвержение сверстников, конфликты со значимыми или авторитетными для подростка лицами) [Lilienfeld, Waldman, 1990]. В нашем исследовании переменная *отношения со сверстниками* дала значимый эффект при рассмотрении фактора *принадлежность к группе* — в качестве ковариаты.

Итак, вопрос о коморбидности синдрома гиперактивности и дефицита внимания с оппозиционно-неповинующимся поведением и делинквентным поведением заслуживает специального рассмотрения в зависимости от подтипов синдрома, связанных как с психопатологическими, так и с непсихопатологическими сопутствующими психическими девиациями.

В конце обсуждения хочется рассмотреть те случаи, когда СДВГ был четко представлен у больных шизофренией. Относительно подобного «сочетания» у авторов существуют противоречивые мнения. Так, Л. Беллак [Bellak, 1994; Bellak, Black, 1999] говорит о зеркалоподобном характере взаимодействия шизофренического процесса и синдрома гиперактивности и дефицита внимания. Совместно с другими авторами [Bellak, Kay, Opler, 1987] он описал больных шизофренией из дисфункциональных семей: в отличие от большинства больных шизофренией, дети с СДВГ уже в младенчестве отличались сверхактивностью¹. В школьном возрасте они наводили ужас. В случае одного пациента родители, вообще очень законопослушные люди, заменили его свидетельство о рождении, чтобы сделать ребенка на год старше только для того, чтобы отправить его из дома.

142

Другие авторы, описывая подобных больных шизофренией с СДВГ [Schmidt, Freidson, 1990], называли это атипичным результатом манифестации СДВГ. Исследования коморбидности СДВГ с эндогенными заболеваниями (шизофренией) продемонстрировали, что в случае диагностирования синдрома в раннем детстве течение шизофрении имело более злокачественный характер, меньшую респонсивность к нейролептикам и худший исход [Elman, Sigler, et al., 1997].

В обследованной нами выборке подростков с психиатрическим диагнозом только один подросток с диагнозом «шизофрения» характеризовался синдромом гиперактивности и дефицита внимания. Этого отдельного случая явно

недостаточно, чтобы делать какие-либо заключения. Мы привели более подробно литературные данные о связи СДВГ с диагнозом *шизофрении* для того, чтобы продемонстрировать, что имеется в виду под выделением *подтипов*, связующих синдром расстройств внимания и гиперактивности с психопатологическими особенностями развития.

Резюме

Синдром дефицита внимания и гиперактивности может быть связан с разными — психопатологическими и непсихопатологическими девиациями развития подростка.

Методики, ориентированные на разброс симптоматики в норме (*check-list* Ахенбаха) и в случае патопсихологической симптоматики у подростков (полустандартизованное интервью *K-SADS*), оказываются в разной степени чувствительны к демонстрации эффектов воздействия на СДВГ факторов социального неблагополучия и внутренних условий развития (фактор болезни).

Характеризуя часто единую психологическую реальность, отражающую связи СДВГ с поведенческими расстройствами, сам по себе синдром СДВГ не может рассматриваться как каузальный фактор этих расстройств.

Для более четких заключений необходимо дальнейшее изучение подтипов СДВГ, коморбидно связующих личностные и поведенческие проявления психических девиаций в подростковый период.

143

Общее заключение

В проведенном нами исследовании нашли подтверждение ряд гипотез о роли факторов социальной и семейной дезадаптации, с одной стороны, и психиатрической симптоматики — с другой, в нарушениях психологической регуляции поведения подростков, обуславливающих их тренд в сторону групп риска и совершения асоциальных поступков (включая противоправные действия).

Как показало проведенное нами обследование подростков трех групп, факторы *семейного неблагополучия* (состав семьи, отношения в семье) и нарушения семейной экологии (лишение родительских прав, проживание с другими взрослыми — неродителями) значимо определяли развитие поведенческих расстройств, или *делинквентного поведения*. Причем показатели поведенческих проблем у подростка по соответствующим шкалам значимо увеличивались независимо от того, измерены ли они путем полустандартизованного интервью (*K-SADS*), ориентированного на уточнение психопатологической симптоматики, или с помощью ориентированного на нормативные выборки опросного листа Ахенбаха. Эти же переменные внешних условий влияли и на большинство показателей отклонений от психического здоровья (по *K-SADS*).

Роль семейного неблагополучия в развитии поведенческих отклонений у подростков обсуждалась и ранее. Наше исследование позволило конкретизировать наиболее значимые причинно действующие условия в общем радикале нарушений «семейной экологии». Далее приведем в первую очередь те тенденции, которые не являются очевидными и не рассматриваются в специальной литературе.

Более сложные связи, чем это обычно представляется, мы обнаружили при рассмотрении показателей *тревожности*, различая их для групп с более и менее выраженным оппозиционным поведением. В группе нормы, все же представленной у нас подростками с выраженными психологическими проблемами, а именно с индексом оппозиционного, а не делинквентного поведения (шкала *расстройства поведения*), нарастал показатель генерализованной тревожности, сверхтревожности. Но именно в группе риска и еще более в группе подростков

144

с психиатрическим диагнозом (3/4 которых совершили ООД) возросла частота случаев сопутствия низкой тревожности и высокого уровня *оппозиционно-протестного поведения*, связываемого именно с пассивно-агрессивной направленностью действий.

Отдельного показателя агрессии методика *K-SADS* не дает. Но в связи с ее использованием он рассматривается как представленный в ряде шкал поведенческих расстройств — и синдрома «оппозиционное поведение», и синдрома «расстройства поведения». Закономерно, что последний показатель наиболее четко различал обследованные нами группы подростков, увеличиваясь при тренде в сторону группы риска и далее — к группе подростков с психиатрическим диагнозом, совершивших ООД.

Американские авторы [Burket, Myers, 1997], использовавшие аналогичную методику стандартизованного интервью — *K-SADS* — для психиатрических больных и применившие результаты факторного анализа, установили две оси Я, связываемые с разными основаниями личностных нарушений госпитализированных подростков. Такие показатели, как депрессия, тревожность, СДВГ, панические расстройства, посттравматический синдром, группировались вокруг первой оси существенных психопатологических изменений личности. На вторую ось спроецированы показатели пассивно-агрессивных личностных изменений и пограничной симптоматики. Наши результаты позволяют сделать некоторое добавление. Оппозиционное поведение в группах риска и психиатрической отличалось разными связями с показателями специфических страхов (здесь группы нормы и риска не различались), сверхтревожности (здесь не различались группы риска и психиатрическая) и боязни разлуки (здесь норма заняла промежуточное положение, а значимо более высокие индексы были именно в группе риска).

Дальнейшие исследования должны прояснить эти различия. Но уже из полученных данных следует, что нарастание синдрома *поведенческих расстройств* проходит вне этого модуса сложных связей; ему сопутствует нарастание патопсихологической симптоматики и активно-агрессивного контекста возрастных девиаций.

Отметим теперь полученные данные относительно таких девиаций, как *злоупотребления курением, алкоголем и запрещенными веществами*. Для подростков группы риска злоупотребление *курением* закономерно имело наибольший показатель и прямо связывалось с проявлениями активных форм поведенческих нарушений. Мы склонны, подобно ряду других авторов, рассматривать этот показатель не как

145

каузальный, а в качестве дополняющего общий радикал поведенческих отклонений, или делинквентности подростков, тем более если учитывать стиль общения в тех малых группах, к которым примыкают эти подростки.

Другое дело — злоупотребление запрещенными веществами, наркотиками. В провинциальном городке в закрытом спецучреждении, где была обследована 1/2 подростков группы риска, и внешний контроль строг, и при отсутствии денег (да и меньшей доступности наркотических веществ) подросткам наркотики менее доступны. В аналогичном спецучреждении г. Москвы, где обследовалась почти 1/4 группы риска, подростки в основном могли общаться с семьей; лишь немногие оставались в интернате на выходные. Но сам факт их обучения в этом учреждении означал высокий контроль со стороны семьи (туда помещают детей те родители, которые не бросили ребенка и пытаются не допустить переход *школьной дезадаптации* в *асоциальную* направленность поведения). Но имели ли опыт использования *запрещенных веществ* подростки в группах риска или же не хотели об этом говорить, остается под вопросом, но это отличает самый низкий показатель для этой группы.

Иначе дело обстоит с симптомом *злоупотребления алкоголем*. Российские подростки не стесняются признаваться, что употребляют спиртное. По данным специального доклада [Собкин, Кузнецова, 1998], школьники довольно высоко оценивают распространенность алкоголя в своей среде. Из поставленных на учет подростков 16,9% попали именно за распитие спиртного и появление в нетрезвом виде в общественных местах. Этот показатель прямо соответствовал различию между группами нормы и двумя другими — риска и психиатрической, сопровождая усиление синдрома поведенческих расстройств. Но эффект его взаимодействия с фактором *принадлежности к группе* был незначим (в отличие от двух вышеназванных шкал *K-SADS*), что, на наш взгляд, демонстрирует сходство вариативности симптома в группах. Однако, как мы это показали в главе 4 при объяснении данных психиатрической выборки, такая связь присутствует с другими переменными в группе — *алкоголизации* в семье и фактом *приводов в милицию* в связи с асоциальным поведением (и соответственно совершением общественно опасных действий, из-за чего подростки и привлекались к уголовной ответственности).

По результатам нашего исследования, необходимо обратить особое внимание на нарастание *депрессивных* расстройств при переходе

146

от нормативной группы подростков к группам риска и далее — к психиатрической. Мы отметили промежуточный характер количественных индексов по этой шкале для подростков группы риска, не различаемых значимо по высоте с двумя другими — крайними по индексам — группами. В целом это можно рассматривать как подтверждение нарастания психопатологической симптоматики, что согласуется с мнением Поля Фрика о том, что показатель депрессии сопровождает, но не меняет манифестацию поведенческих расстройств. Отметим, что в наших выборках показатель депрессивных расстройств был выше, чем указываемый Фриком процент. Это свидетельствует, возможно, о более серьезных нарушениях психического здоровья подростков в российских условиях, а также о том, что «социальная экология» обеспечивает для наших выборок больший удельный вес случаев, когда возрастные девиации углубляются психопатологическими реакциями.

Приведенные нами данные о нарушениях социальной (и в первую очередь семейной) экологии в выборках подростков групп риска и психиатрических пациентов проливают свет на взаимосвязи показателей *отношения в семье*,

отношения со сверстниками, криминализация, количество детей в семье и других с проявлениями показателей и синдрома гиперактивности и нарушений внимания — СДВГ и поведенческих девиаций (оппозиционное поведение, поведенческие расстройства, злоупотребление курением и наркотическими веществами).

Обращает на себя внимание также то, что в зависимости от ряда этих внешних факторов усиливалась психопатологическая симптоматика: это выражено по шкалам *депрессии, социофобии, посттравматических стрессовых расстройств, панических расстройств, сверхтревожности, булимии*. В связи с этим стоит отметить такую проблему. У достаточно большой части подростков из группы риска, проходившей обследование в стационарных условиях соответствующих специальных учреждений, даже при отсутствии у многих психиатрического диагноза все же достаточно выражена психопатологическая симптоматика, что зафиксировано в их медицинских картах. Поэтому связывать делинквентность их поведения только с нарушениями воспитания не представляется возможным.

Пытаясь пролить свет на роль факторов психиатрической симптоматики в развитии психологических и поведенческих проблем у подростков, мы провели специальную обработку данных, рассмотрев именно шкалы клинически ориентированного интервью в качестве

147

переменных внутренних условий. Ряд из них значимо влияли на психологические показатели нарастания *психопатии* (по методике Фрика), *замкнутости, соматических проблем, тревожности, проблем социализации, проблем с мышлением, СДВГ, делинквентности, агрессии, внутренних и внешних проблем, общий показатель проблем* (по методике Ахенбаха).

Наши данные позволяют прояснить многие обсуждаемые психологические гипотезы и поставить под сомнение ряд представлений о соотношении симптоматики, свидетельствующей о психиатрическом неблагополучии подростков, и особенностях возникающих у них психологических и поведенческих проблем. Некоторые полученные в нашем исследовании закономерности скорее ставят вопросы, чем дают ответы в контексте обсуждения факторов внутренних и внешних условий нарушений развития подростков.

Так, нами установлены факты, что *тревожность и оппозиционное поведение* как психопатологические симптомы (в шкалах полустандартизованного интервью) значимо влияли на показатель *психопатии*. В то же время показатели *агрессии и тревожности*, измеренные с помощью ориентированной на норму методики Ахенбаха, не изменялись под влиянием нарушений внешних условий развития (при нарастании социальной и семейной дезадаптации). Эти и ряд других эмпирических результатов нашего исследования еще не обсуждались в системах конкурирующих гипотез и, как нам кажется, заслуживают специального внимания специалистов, работающих с подростками как в области психиатрии и профилактики совершения ООД, так и в сферах социальных и психологических исследований.

В целом проведенное исследование показывает, что результаты апробации новых методических средств позволяют расширить поле обсуждаемых фактов, свидетельствующих о сложных взаимосвязях нарушений психологической регуляции поведения подростков и влиянии на разные его уровни и компонентов факторов социальной дезадаптации и психопатологических факторов.

Психокоррекционные и воспитательные программы не могут не учитывать того, насколько выраженным оказывается психологическое неблагополучие подростков в группе риска. Полученные нами данные могут рассматриваться и в этих аспектах — психокоррекционных и социальных воздействий на поведение трудных подростков, но при необходимом учете возможности влияния психопатологических факторов в развитии делинквентного поведения. Последнее предполагает

148

комплексную экспертизу для каждого индивидуального случая. Мы надеемся, что для лиц, работающих в области судебной психологии и связанных с оценкой общественно опасных действий подростков, наше исследование также выступило поставщиком ряда новых фактов и тенденций, которые должны быть осмыслены при квалификации девиантного поведения.

Полученные нами результаты позволяют характеризовать и особенности самих апробированных методик.

Мы показали, что методики, построенные в ориентировке на клинические критерии (выделение синдромов нарушений поведения и сопутствующих психопатологических симптомов) и нормативное распределение признаков, в равной степени хорошо дифференцируют обследованные группы подростков. При этом ориентированная на выявление психопатологической симптоматики методика «полуструктурированного интервью» дает существенные отличия не только подростков с психиатрическим диагнозом, но и подростков групп риска. Это позволило существенно прояснить взаимосвязи между переменными, отражающими влияние факторов социального и психологического неблагополучия подростков, а также отграничить роль собственно психиатрического диагноза в тренде поведенческих отклонений и сопутствующих им переменных (в частности, тревожности, алкоголизации, посттравматических расстройств).

Апробированный вариант полустандартизованного интервью *K-SADS* позволяет существенно дифференцировать картину клинически важных симптомов в общей картине психологического неблагополучия подростка.

Как показывают результаты критериального сравнения показателей методик, сами по себе шкалы оппозиционного и делинквентного поведения были бы явно недостаточны: профильное описание сопутствующих шкал позволяет учесть во многом неоднозначные связи между усилением поведенческих девиаций и попаданием подростка в группы риска или психиатрических пациентов.

149

Приложения

В приложении 1 представлены использованные нами до применения *K-SADS* (Д-ОЭРШ) материалы: предварительное вводное интервью (вводное неструктурированное интервью, или план беседы с подростком), «листы наблюдений» П. Фрика и Т. Ахенбаха (с ключом).

В приложении 2 приведены перевод руководства к использованию основного отборочного диагностического интервью, текст этого полуструктурированного интервью (*K-SADS*), детская глобальная оценочная шкала (Д-ГОШ).

В приложении 3 дан ряд дополнений, используемых в том случае, если в ходе основного отборочного интервью испытуемому были выставлены максимальные баллы по тому или иному симптому.

150

Приложение 1

Вводное интервью (Д-ОЭРШ)

Демографическая информация

Имя ребенка: _____

Дата рождения: «_____» _____ г.

Возраст ребенка: _____

Пол: М Ж

Домашняя обстановка, в которой живет ребенок:

	Нет	Есть
Биологическая мать		
Биологический отец		
Махеча		
Отчим		
Родители, усыновившие ребенка		
Родные сестры и братья		
Дедушка/бабушка		
Другие родственники		
Прочие (неродственники)		

Место жительства:

Имена братьев и сестер:

Состояние здоровья ребенка и подростка

Больница: _____

151

Когда _____ направлен _____ (дата):
«_____» _____ г.

Возраст _____ ребенка: _____ Дата _____ рождения:
«_____» _____ г.

Кто проводил интервью: _____

В каких отношениях с ребенком:

Есть ли кто-нибудь, кто осведомлен о состоянии здоровья ребенка лучше, чем интервьюирующий? ДА НЕТ

Имя:

В каких отношениях с ребенком:

Тел.: _____

Адекватность текущего медицинского обслуживания

В каком медицинском учреждении регулярно наблюдается ребенок:

Приблизительная дата последнего визита к врачу:

_____ месяц _____ год НЕ ЗНАЮ

Приблизительная дата последней диспансеризации:

_____ месяц _____ год НЕ ЗНАЮ

Имеются ли у ребенка какие-нибудь заболевания или симптомы, по поводу которых ему/ей следует регулярно посещать врача? (Опишите ниже. Например: астма, аллергии, диабет, анемия, припадки эпилепсии) НЕТ ДА

Серьезная госпитализация, хирургическое или другое вмешательство:

Медицинская история:

Принимает ли ребенок какие-нибудь лекарства:

ДА НЕТ НЕ ЗНАЮ

152

Название лекарства	Раз в день по предписанию врача

Название и доза лекарства, принимавшегося в прошлом:

Начал(а) принимать «_____» _____ г.
Закончил(а) принимать «_____» _____ г.

Чувствительность или аллергия к каким-нибудь лекарствам:

НЕТ ДА

Название лекарства

Реакция

Прививки:

	Полностью		Интервьюируемый не знает
	Не полностью		
	Сведения отсутствуют		

История развития ребенка

Осложнения в период беременности, схваток или/и родов: НЕТ ДА

Если да, объясните

Употребление наркотиков и/или алкоголя в период беременности:

НЕТ ДА

Если да, объясните:

Нормальные эмоциональные реакции (легко шел на руки к другим, улыбался другим) в грудном и детском возрасте: НЕТ ДА

Если нет, объясните:

153

Периоды развития в пределах нормы: НЕТ ДА

Если нет, объясните:

История жестокого обращения с ребенком

Были ли случаи жестокого обращения: НЕТ ДА

Если да, то в чем заключалось жестокое обращение:

_____ телесные наказания;

_____ оставление ребенка без присмотра;
_____ сексуальные оскорбления;
_____ психологическое травмирование ребенка.

Если да, то когда было установлено наличие жестокого обращения:

_____ до настоящего опроса;
_____ в ходе настоящего опроса.

Возраст пациента ко времени жестокого обращения с ним:

О случаях жестокого обращения было сообщено:

НЕТ ДА НЕ УВЕРЕН(А)

Приблизительная дата: «_____» _____ г.

Сообщение было: НАЙДЕНО НЕ НАЙДЕНО НЕУВЕРЕН(А)

В случае найденного сообщения были приняты меры:

В каких отношениях состоят(ли) человек, жестоко обращавшийся с ребенком, и ребенок:

Имеет ли ребенок в настоящее время какие-либо контакты с этим человеком:
НЕТ ДА НЕ УВЕРЕН(А)

Вовлечены ли в настоящее время в решение семейных проблем какие-либо организации, защищающие права ребенка: НЕТ ДА

Комментарии:

Существующий в настоящее время риск жестокого обращения с ребенком:

_____ преждевременные (не по годам) сексуальные игры/разговоры;

154

_____ возможные телесные наказания;
_____ возможные сексуальные оскорбления и притязания/риск;
_____ тревоги родителей/страх перед жестоким обращением;
другое:

Дата «_____» _____ г.

Исследователь

Ведущий врач

История психиатрического лечения пациента

Ниже запишите историю лечения пациента в течение всей его жизни

Возраст	Даты лечения	Симптомы или состояния	Лечение: место лечения
	с _____ по _____		
	с _____ по _____		
	с _____ по _____		

Возраст пациента во время первого амбулаторного лечения _____

Возраст _____ пациента _____ во _____ время _____ первой _____ психиатрической госпитализации _____

Количество психиатрических госпитализаций _____

Семейная история медицинских и психиатрических заболеваний

Примечания

155

Приводы в милицию

Ниже запишите историю приводов респондента в милицию в течение всей его жизни.

Возраст	Даты приводов	Причины
	с _____ по _____	
	с _____ по _____	
	с _____ по _____	

Возраст подростка во время первого привода в милицию _____

Количество приводов в милицию _____

Адаптация к школе и взаимоотношения с окружающими

Соберите данные по следующим разделам. Возможно, некоторые из этих сведений уже были вами получены в других разделах интервью.

1. Школа

Расспросите:

- в каком классе учится (или о последнем оконченном классе) и относительно текущих успехов в школе;
- оставался ли когда-нибудь на второй год;
- нуждался ли в специальной помощи (психолога, логопеда, дополнительных занятиях);
- средняя оценка успеваемости;
- уровень функционирования ребенка (ежедневный и по результатам стандартизованных тестов, если есть информация);
- жалобы со стороны преподавателей на поведение ребенка;
- исключение из школы, проблемы с милицией;
- симпатии и антипатии.

2. Отношения со сверстниками

Расспросите:

- о самых лучших друзьях;
 - об отношениях со сверстниками в школе;
 - об отношениях со сверстниками, живущими по соседству, в одном дворе;
 - имеются ли общие со сверстниками дела и увлечения;
 - проблемы (например, ребенка дразнят, он вступает в драки).
-

3. Отношения в семье

Задайте вопросы относительно:

- отношений между матерью и ребенком;
- отношений между отцом и ребенком;
- отношений между родителями;
- отношений между братьями и сестрами;
- отношений и поддержке со стороны семьи и родных;
- участия в прошлом и настоящем в государственных программах.

4. Прочие виды деятельности

Задайте вопросы:

- о любимых увлечениях (хобби);
 - занятиях ребенка в свободное время;
 - видах спорта;
 - организациях, клубах и секциях, в которых состоит ребенок, и т. д.
-

5. **Профессии родителей** (будьте, пожалуйста, точны в указании профессий, например инженер-автомеханик, сборщик, продавец).

Отца:

Матери:

Образование родителей:	Матери	Отца
Неполное среднее		
Среднее		
Среднее специальное		
Незаконченное высшее		
Высшее		

Опросники — «листы наблюдений»

Фамилия ребенка:

Имя ребенка:

Пол ребенка: М Ж Возраст ребенка:

Дата заполнения анкеты: «____» _____ г.

Дата рождения ребенка: «____» _____ г.

В каком классе учится ребенок: _____

158

Опросник Фрика (для заполнения взрослым)

Инструкция. Прочтите нижеследующие утверждения и примите решение о том, насколько хорошо каждое из утверждений описывает подростка. Для каждого утверждения отметьте свой ответ, обведя подходящую цифру (0, 1 или 2). Пожалуйста, постарайтесь не пропустить ни одного утверждения.

		Неверно	Иногда	Верно
1	Сваливает вину на других	0	1	2
2	Ввязывается в преступную деятельность	0	1	2
3	Взволнован тем, насколько хорошо успевает в школе	0	1	2
4	Действует, не думая о последствиях	0	1	2
5	Его/ее эмоции кажутся поверхностными и неискренними	0	1	2
6	Врет с легкостью и прадоподобно	0	1	2
7	Когда пообещал, то держит свое слово	0	1	2
8	Чрезмерно хвастлив в отношении своих способностей, достижений, вещей	0	1	2
9	С легкостью впадает в состояние скуки	0	1	2
10	Использует или подставляет других, с тем чтобы добиться того, чего хочет	0	1	2
11	Насмехается и подтрунивает над другими	0	1	2
12	Переживает чувство вины, когда сделает что-нибудь плохое	0	1	2
13	Ввязывается в рискованные и опасные дела	0	1	2
14	Может быть очень вежливым(ой) и уважительным(ой), однако его/ее манеры кажутся искусственными и деланными	0	1	2
15	Сердится, когда его/ее поправляют или наказывают	0	1	2
16	Похоже, что он/она считает, что он лучше других	0	1	2

159

		Неверно	Иногда	Верно
16	Похоже, что он/она считает, что он лучше других	0	1	2
17	Не планирует вперед, любит откладывать дела до последней	0	1	2

	минуты			
18	Заботится о чувствах других	0	1	2
19	Не показывает своих чувств и эмоций	0	1	2
20	Бережет друзей	0	1	2

Опросник Ахенбаха

Инструкция. Ниже следует список утверждений, описывающих поведение детей и подростков. Если данный пункт соответствует поведению данного подростка (ученика) в настоящее время полностью, то обведите, пожалуйста, в графе ответов цифру 2. Если данный пункт описывает его/ее поведение только в некоторой степени или только иногда, обведите цифру 1. И наконец, если данное утверждение вообще не соответствует поведению подростка, обведите цифру 0.

0 — вообще не соответствует (насколько мне известно)

1 — в некоторой степени (иногда) соответствует

2 — полностью (всегда) соответствует

1	Ведет себя как маленький (поведение не соответствует возрасту)	0	1	2
2	Бормочет, мямлит, издает странные звуки во время урока	0	1	2
3	Огрызается, спорит	0	1	2
4	Не доводит до конца начатое	0	1	2
5	Ведет себя как ребенок противоположного пола. Опишите, пожалуйста	0	1	2
6	Ведет себя вызывающе	0	1	2
7	Хвастает, задается	0	1	2
8	Не может сконцентрироваться, удержать свое внимание на чем-то одном	0	1	2

160

9	Не может отделаться от навязчивых мыслей. Опишите, пожалуйста	0	1	2
10	Не может усидеть на месте, неутомим, излишне активен	0	1	2
11	Слишком зависим от взрослых, несамостоятелен	0	1	2
12	Жалуется на одиночество	0	1	2
13	Неорганизован, рассеян	0	1	2
14	Много плачет	0	1	2
15	Вертится, ерзает	0	1	2
16	Жесток, задирист и злобен по отношению к другим	0	1	2
17	Много фантазирует и выдумывает, погружен в свои мысли	0	1	2
18	Намеренное членовредительство или попытка самоубийства	0	1	2
19	Любит, чтобы на него обращали внимание	0	1	2
20	Намеренно ломает и уничтожает свои игрушки, книги, вещи	0	1	2
21	Нарочно ломает и уничтожает вещи, принадлежащие семье, родителям и другим людям	0	1	2
22	С трудом следует указаниям и инструкциям	0	1	2
23	Непослушен в школе	0	1	2
24	Отвлекает других детей	0	1	2
25	Не ладит с другими детьми	0	1	2
26	Не чувствует себя виноватым, даже если сделал что-нибудь плохое	0	1	2
27	Ревнив	0	1	2
28	Ест и пьет то, что не является пищей. Опишите, пожалуйста	0	1	2
29	Бойся некоторых животных, ситуаций или мест (кроме школы). Опишите, пожалуйста	0	1	2

161

30	Бойся школы	0	1	2
31	Бойся, что может подумать или сделать что-нибудь плохое	0	1	2
32	Считает, что всегда должен быть безупречным	0	1	2
33	Ему кажется, что его никто не любит	0	1	2
34	Ему кажется, что другие люди хотят ему досадить или причинить вред	0	1	2

35	Чувствует себя неполноценным, никчемным	0	1	2
36	Часто получает ушибы, физические травмы	0	1	2
37	Ввязывается в драки	0	1	2
38	Его часто дразнят	0	1	2
39	Водится (входит в компании) с другими детьми, которые часто попадают в неприятные истории или даже затевают их	0	1	2
40	Слышит звуки или голоса, которые, кроме него, никто не слышит. Опишите, пожалуйста	0	1	2
41	Несдержан, импульсивен, действует необдуманно	0	1	2
42	Предпочитает одиночество	0	1	2
43	Обманывает, мошенничает, списывает в школе	0	1	2
44	Грызет ногти	0	1	2
45	Нервный, чувствительный, напряженный	0	1	2
46	Нервные движения или тики (подергивание век, покусывания губ, постукивания ногой по полу и т. д.)	0	1	2
47	Безоговорочно подчиняется правилам и инструкциям	0	1	2
48	Нелюбим другими детьми	0	1	2
49	Имеет трудности с усвоением материала	0	1	2
50	Слишком боязлив и тревожен	0	1	2
51	Частые головокружения	0	1	2

162

52	Считает себя виноватым во всем	0	1	2
53	В разговоре или на уроке перебивает других	0	1	2
54	Переутомлен	0	1	2
55	Имеет избыточный вес	0	1	2
56	Имеет проблемы, связанные со здоровьем, медицинская причина которых неясна			
	а) Телесные боли (не включая головные)	0	1	2
	б) Головные боли	0	1	2
	в) Тошнота, недомогание	0	1	2
	г) Проблемы с глазами. Опишите, пожалуйста	0	1	2
	д) Сыпи или другие кожные заболевания	0	1	2
	е) Боли в животе или судороги	0	1	2
	ж) Рвота	0	1	2
	з) Другие физические проблемы. Опишите, пожалуйста	0	1	2
57	Физически агрессивен	0	1	2
58	Ковыряет в носу, часто касается некоторых частей тела, чешется. Приведите примеры	0	1	2
59	Спит на уроках	0	1	2
60	Апатичен, ни в чем не заинтересован	0	1	2
61	Плохо учится	0	1	2
62	Движения плохо скоординированы/неуклюжи	0	1	2
63	Предпочитает играть и проводить время с детьми более старшего возраста	0	1	2
64	Предпочитает играть и проводить время с детьми более младшего возраста	0	1	2
65	Отказывается разговаривать	0	1	2
66	Снова и снова повторяет одни и те же действия, движения (например, теребит пуговицу, проверяет, закрыты ли двери и т. п.). Опишите, пожалуйста	0	1	2

163

67	Нарушает дисциплину во время урока	0	1	2
68	Крикливый	0	1	2
69	Скрытен, держит все в себе	0	1	2
70	Видит что-то, что, кроме него, не видит никто. Опишите, пожалуйста	0	1	2
71	Стеснителен, легко смущается	0	1	2
72	Неаккуратный, кляксы и грязь в тетрадах и книгах	0	1	2
73	Безответственный. Опишите, пожалуйста	0	1	2

74	Выставляет себя, паясничает	0	1	2
75	Застенчив или робок	0	1	2
76	Ведет себя непредсказуемо	0	1	2
77	Предполагает, что его требования должны немедленно выполняться, легко расстраивается и выходит из себя	0	1	2
78	Невнимателен, легкоотвлекаем	0	1	2
79	Трудности с речью. Опишите, пожалуйста	0	1	2
80	Безучастно (с отсутствующим видом) смотрит куда-то или на что-то	0	1	2
81	Болезненно реагирует на критику	0	1	2
82	Ворует	0	1	2
83	Складывает, собирает, сохраняет вещи, которые ему не нужны (не включая предметы из коллекций). Опишите, пожалуйста	0	1	2
84	Ведет себя странно. Опишите, пожалуйста, в чем это проявляется	0	1	2
85	Имеет странные идеи. Опишите, пожалуйста, какие	0	1	2
86	Упрям, угрюм и раздражителен	0	1	2

164

87	Внезапные перемены настроения	0	1	2
88	Дуется, обидчив	0	1	2
89	Подозрителен	0	1	2
90	Ругается матом, употребляет неприличные слова	0	1	2
91	Говорит о самоубийстве	0	1	2
92	Учится не в полную силу, не реализует свои способности	0	1	2
93	Слишком разговорчив	0	1	2
94	Дразнится	0	1	2
95	Вспыльчив, легко выходит из себя	0	1	2
96	Слишком много думает о сексе	0	1	2
97	Угрожает людям	0	1	2
98	Часто опаздывает на уроки	0	1	2
99	Слишком озабочен чистоплотностью и аккуратностью	0	1	2
100	Не выполняет домашних заданий	0	1	2
101	Прогуливает школу	0	1	2
102	Недостаточно активен и энергичен	0	1	2
103	Несчастлив, грустен, угнетен	0	1	2
104	Слишком шумный, говорит слишком громко	0	1	2
105	Употребляет спиртное или наркотики. Опишите, пожалуйста, что (какие) именно	0	1	2
106	Все время старается угодить, подлизывается	0	1	2
107	Не любит школу	0	1	2
108	Постоянно боится ошибиться	0	1	2
109	Хнычет	0	1	2
110	Неопрятен	0	1	2

165

111	Замкнут, не вступает в контакты с другими	0	1	2
112	Склонен к взволнованности, беспокойности	0	1	2
113	Перечислите, пожалуйста, другие особенности поведения данного ученика, которые не были упомянуты	0	1	2

Пожалуйста, проверьте, на все ли вопросы вы ответили.

Пожалуйста, подчеркните все вопросы (утверждения), которые вам непонятны, вызвали сомнения или раздражение.

Спасибо за сотрудничество!¹

Ключ к опроснику Ахенбаха

Для каждой шкалы перечислены номера пунктов опросника, баллы по которым суммируются.

- *Первичные шкалы*

Замкнутость (*Witholnaul*) — 42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 111.

Соматические проблемы (*Somatization*) — 51, 54, 56 а, б, в, г, д, е, ж, з.

Тревожность (*Anxiety/depression*) — 12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 81, 89, 103, 106, 108, 112.

Нарушения социализации (*Socialization*) — 1, 11, 12, 14, 25, 33, 34, 35, 36, 38, 48, 62, 64.

Проблемы мышления (*Thoght problems*) — 9, 18, 29, 40, 66, 70, 84, 85.

Проблемы с вниманием (*Attestion problems*) — 1, 2, 4, 8, 10, 13, 15, 17, 22, 41, 45, 49, 60, 61, 62, 72, 78, 80, 92, 100.

Делинквентное поведение (*Delinquency*) — 26, 39, 43, 63, 82, 90, 98, 101, 105.

Агрессия (*Aggression*) — 3, 6, 7, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 37, 53, 57, 67, 68, 74, 76, 77, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104.

- *Производные шкалы (Second-order factors)*

Показатель внутренних проблем (*Internalization*) — 12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 45, 47, 50, 51, 52, 54, 56 а—з, 65, 69, 71, 75, 80, 81, 88, 89, 102, 103, 106, 108, 111, 112.

166

Показатель внешних проблем (*Externalization*) — 3, 6, 7, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 37, 39, 43, 53, 57, 63, 67, 68, 74, 76, 77, 82, 86, 87, 90, 93, 94, 95, 97, 98, 101, 104, 105.

Общий показатель проблем (*Total*): суммируются баллы с 1-го по 112-й пункты.

В случае, если опросник заполняется взрослыми двумя и более (учителя, родители), подсчитываются средние по каждой шкале.

167

Приложение 2

Опросник по выявлению эмоциональных расстройств и шизофрении у детей школьного возраста (6—18 лет), далее — Д-ОЭРШ

Kiddie-SADS — Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6—18 Years)

Д-ОЭРШ представляет собой наполовину структурированное интервью, составленное с целью оценки текущих и имевших место в прошлом эпизодов психических нарушений у детей и подростков, в соответствии с критериями, предусмотренными *DSM-III-R* и *DSM-IV* (Диагностическое и статистическое

руководство, выпущенное Американской психиатрической ассоциацией, издания III и IV — измененные).

Опросник снабжен тестами и перечнем объективных критериев для измерения индивидуальных симптомов. Первоначальные диагнозы, выставляемые с помощью опросника Д-ОЭРШ, включают такие заболевания:

- депрессивные расстройства;
- дистимия;
- мания;
- гипомания;
- циклотимия;
- биполярные расстройства;
- шизоаффективные расстройства;
- шизофреноподобные расстройства;
- кратковременный реактивный психоз;
- паническое состояние;
- агорафобия (боязнь открытого пространства);

168

- тревога на почве боязни разлуки;
- тревожное расстройство в виде избегания;
- обычный страх (простая фобия);
- социофобия (боязнь общения);
- повышенная тревожность как генерализованная тревожность;
- синдром навязчивых идей;
- синдром гиперактивности и дефицита внимания;
- расстройства поведения;
- оппозиционно-протестное поведение;
- энурез (недержание мочи);
- энкопрез (недержание кала);
- анорексия на нервной почве;
- булимия;
- временные расстройства в виде тиков;
- синдром Жилья де ла Туретта;
- расстройство в виде хронических двигательных или голосовых тиков;
- злоупотребление алкоголем и употребление наркотическими веществами;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- расстройства адаптации.

Для упрощения ориентировки в диагностируемой симптоматике приведем сначала модифицированный нами протокол ответов испытуемого, заполнявшийся психологом во время интервью. В нем указаны все шкалы, согласно которым количественно оценивалась выраженность симптомов.

Далее будет представлен использованный в нашем исследовании краткий вариант интервью, который в оригинале методики называется «отборочное интервью». Краткость его связана не с упущением каких-либо шкал, а с более кратким описанием самих симптомов в шкалах. В оригинальном тексте полуструктурированного интервью заданы вопросы двух уровней: вопросы о симптомах тех или иных нарушений и вопросы, которые рекомендуется задавать, чтобы спросить об этих симптомах у детей. Представление о таком построении

методики дают диагностические дополнения, три из которых мы приводим в полном варианте (тревожность, поведенческие отклонения, употребление наркотических веществ).

169

Протокол к интервью Д-ОЭРШ (*K-SADS*)

Выбранный балл выраженности симптома обводится интервьюером

- 0 — сведения отсутствуют
- 1 — симптом отсутствует
- 2 — подпороговое состояние
- 3 — порог

1. Депрессивные болезни

1) Подавленное настроение

в настоящем:	0	1	2	3
в прошлом:	0	1	2	3

1 — реже чем раз в неделю;

2 — эмоционально угнетенное состояние по крайней мере 3 раза в неделю более чем по 3 часа;

3 — «подавленность» в большей части дня, почти все время в таком состоянии

Продолжительность:

2) Раздражительность и злость

в настоящем:	0	1	2	3
в прошлом:	0	1	2	3

2 — ребенок чувствует себя злым или раздражительным чаще, чем того требуют обстоятельства, по крайней мере 3 раза в неделю более чем по 3 часа

3 — ежедневно или почти ежедневно в течение по крайней мере 50% времени; или часто кричит, теряет самообладание

Продолжительность:

3) Апатия. Неразвиты побудительные мотивы; скука

в настоящем:	0	1	2	3
в прошлом:	0	1	2	3

2 — ребенок испытывает скуку или апатию ежедневно или 3 раза в неделю во время занятий

3 — большинство видов деятельности стали доставлять гораздо меньше удовольствия и стали гораздо менее интересными

Продолжительность:

4) Суицидальное поведение

а) Повторяющиеся мысли о смерти

в настоящем:	0	1	2	3
в прошлом:	0	1	2	3

2 — временами думает о самоубийстве, но не о конкретном способе

170

3 — повторяющиеся мысли о смерти («Мне было бы лучше умереть», «Лучше бы я умер»)

б) *Формирование суицидальных мыслей*

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами думает о самоубийстве, но не о конкретном способе

3 — часто думает о самоубийстве и уже думал о конкретном способе

в) *Серьезность суицидальных намерений*

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — присутствует, но очень двусмысленно (например, приобретение таблеток)

3 — определенное намерение совершить самоубийство

г) *Суицидальные акты — медицинское состояние*

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — например, принял 10 таблеток аспирина, легкий гастрит

3 — например, принял 10 таблеток _____, потерял на короткое время сознание

д) *Действия, направленные не на самоубийство, а на нанесение себе физических увечий*

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — это происходит 1—3 раза в год без серьезных повреждений

3 — более 3 раз в год с серьезными повреждениями (например, ожог со шрамом, перелом)

Если в разделе встречался балл 3, необходимо заполнить бланк дополнительного интервью «Депрессивные заболевания (текущее состояние)» или «Депрессивные заболевания (в прошлом)».

2. Мания

1) *Приподнятое состояние. Неуемное, поглощающее настроение*

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — по крайней мере 3 раза в неделю по 3 часа

3 — ежедневно преувеличенно оптимистический взгляд по крайней мере в 50% бодрствования

Продолжительность: _____

171

2) *Пониженная потребность во сне*

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — спит на 1—3 часа меньше в течение 2 ночей и более и чувствует себя возбужденным

3 — спит меньше на 3 часа и более в течение 2 ночей и более и не чувствует усталости

Отметить, если есть бессонница или повышенная потребность во сне.

3) Повышенная активность, преследующая цель

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — увеличение общего уровня деятельности в нескольких сферах

3 — чрезмерное увеличение общей активности в нескольких областях

4) Стремительно сменяющие друг друга мысли

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

Если в разделе есть балл 3, необходимо заполнить бланк дополнительного интервью «Мания (текущее состояние)» или «Мания (в прошлом)».

3. Психотические расстройства (психозы)

1) Галлюцинации

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — есть подозрения о присутствии или галлюцинации вероятны

3 — определено присутствуют

Верит ли пациент в реальность галлюцинаций:

2) Обман чувств (маниакальные заблуждения)

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — есть подозрения или вероятность присутствия галлюцинаций

3 — определено присутствуют

Если в разделе есть балл 3, необходимо заполнить бланк дополнения «Психотические расстройства (текущее состояние)» или «Психотические расстройства (в прошлом)».

4. Панические расстройства

1) Панические атаки (приступы паники)

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

172

2 — до 4 непредвиденных приступов, нет беспокойств по этому поводу и изменений в поведении

3 — более 4 приступов с беспокойствами в течение ≈1 месяца по поводу новых, изменения в поведении

Если дан балл 3, то заполнить бланк дополнения «Панические расстройства (текущее состояние)» или «Панические расстройства (в прошлом)».

5. Тревожность, связанная с боязнью разлуки

1) Боязнь событий, которые приведут к жизни отдельно от родителей

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — беспокойства сильнее и чаще, чем у обычных детей в этом возрасте

3 — частые беспокойства, сильные реакции при необходимости разлучаться с родителями

2) Боязнь неприятностей, которые могут повлиять на человека, к которому привязан ребенок

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — беспокойства сильнее, чем у обычного ребенка в этом возрасте

3 — частые беспокойства, сильные реакции

3) Нежелание ходить в школу/отказ

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — пропускает не больше 1 дня за 2 недели, поддается уговорам при нежелании идти в школу

3 — протесты против посещения школы, пропускает по крайней мере 1 раз в неделю

4) Страх провести ночь вне дома/спать одному(ой)

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — страх более сильный и частый, чем у обычных детей того же возраста

3 — сильный страх, попытки избежать спать одному(ой)

5) Боязнь оставаться дома одному(ой)

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

173

2 — страх более сильный, чем у детей того же возраста

3 — «липнет» к матери, по возможности избегает оставаться один (одна)

Если есть балл 3, заполнить бланк дополнения «Тревожность, связанная с боязнью жить отдельно от родителей (текущее состояние)» или аналогичное (в прошлом).

6. Тревожные расстройства на почве избегания/социофобия

1) Уход от контактов

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — более сильное, чем у других детей ощущение неловкости в обществе незнакомых людей

3 — проявление неловкости в присутствии нечленов семьи, снижение уровня функционирования

2) Боязнь социальных ситуаций

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — чувствует большую неловкость в социальных ситуациях, чем дети того же возраста, нет избегания общества

3 — социальные ситуации являются стрессовыми, избегание общения

3) Общение со знакомыми людьми

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

Продолжительность (месяцы): _____

Даты _____

4) Трудности общения

а) В обществе (сверстников)

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

б) В семье

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

в) В школе

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

174

г) Сильная тревожность/слезы/вспышки раздражения

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

д) Избегание общения

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

5) Впечатление интервьюирующего

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

Объяснение: _____

6) Признаки избегания общения как детского заболевания

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

7) Свидетельства наличия социофобии

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

Если есть балл 3, заполнить бланк дополнения «Тревожность на почве боязни разлуки» (текущее состояние)» или «Тревожность на почве боязни разлуки» (в прошлом)».

7. Агорафобия и специфичные страхи

1) Тревога

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — страх сильнее, чем у обычных детей, но он ассоциируется с легкими симптомами тревоги

3 — страх с довольно сильными симптомами тревоги

Продолжительность:

2) Избегание раздражителей

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — минимальное и непостоянное избегание

3 — постоянное избегание ситуаций или раздражителей, которые нагоняют страх

Страхи:

Если в разделе проставлен балл 3, необходимо заполнить бланк дополнения «Агорафобия и специфичные страхи (текущее состояние)» или «Агорафобия и специфичные страхи (в прошлом)».

175

8. Сверхтревожность/генерализованная тревожность

1) Неоправданные беспокойства о будущем

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — волнения по крайней мере 3 раза в неделю по поводу ожидаемого

3 — большинство половины недели обеспокоен по крайней мере двумя различными ожидаемыми событиями

2) Соматические жалобы

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — возникают временами; чаще и в более жесткой форме, чем у детей того же возраста

3 — частые жалобы (более 1 раза в неделю), которые становятся проблемой

3) Ярко выраженное беспокойство о собственном Я

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — по крайней мере 3 раза в неделю беспокоится о том, что о нем/ней думают другие

3 — большую часть недели беспокоится о том, что о нем/ней думают другие

4) Явно выраженная напряженность/неспособность расслабиться

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — чаще 1 раза в неделю тревожится/нервничает; это становится проблемой

3 — большую часть недели нервничает/тревожится

Если в разделе есть балл 3, необходимо заполнить бланк дополнения «Сверхтревожность» (текущее состояние) или «Сверхтревожность» (в прошлом).

9. Синдром навязчивых идей и поступков

1) Навязчивое поведение

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — заболевание подозревается и вполне вероятно

3 — очевидные навязчивые поступки, которые воздействуют на функционирование или причиняют страдание

176

2) Навязчивые идеи

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — заболевание подозревается и вполне вероятно

3 — явные навязчивые идеи, ухудшающие функционирование и самочувствие

Если в разделе есть балл 3, заполните бланк дополнения «Синдром навязчивых идей и поступков» (текущее состояние) или «Синдром навязчивых идей и поступков» (в прошлом).

10. Энурез

1) Повторяющееся непроизвольное мочеиспускание

а) Ночью

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

2 — от 1 до 4 раз в месяц в течение 3 месяцев и более

Как часто

б) Днем

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

2 — от 1 до 4 раз в месяц в течение 3 месяцев и более

Как часто

в) В итоге (ночь+день)

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

Как часто

Если в разделе проставлен балл 2, то перейти к следующим вопросам (по текущему состоянию — в настоящем — или в прошлом).

Переживания ребенка

Ухудшение функционирования (дома, в школе, общение со сверстниками)

11. Энкопрез

1) Повторяющееся недержание кала

а) Ночью

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — 6—11 раз в год

3 — 1 раз в месяц и более

Как часто

177

б) Днем

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — 6—11 раз в год

3 — 1 раз в месяц и более

Как часто

в) В итоге (ночь+день)

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

Как часто

Если в разделе проставлен балл 2, то перейти к следующим вопросам (по текущему состоянию или в прошлом).

Переживания ребенка

Ухудшение функционирования (дома, в школе, общение со сверстниками)

Продолжительность

12. Анорексия на нервной почве

1) Боязнь ожирения

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — боязнь потолстеть не дает здраво смотреть на настоящий вес, воздействие страхов на поведение (методы похудения применяются по крайней мере раз в месяц)

3 — боязнь стать толстым оказывает серьезное воздействие на поведение, применение методов похудения раз в неделю или чаще.

2) Истощенность

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — вес составляет 90% от идеального

3 — вес составляет 85% от идеального

Если в разделе есть балл 3, то необходимо заполнить бланк дополнения «Истощение на нервной почве» (текущее состояние) или «Истощение на нервной почве» (в прошлом).

13. Повышенный аппетит (булимия) на нервной почве

1) Методы похудения

2 — менее 1 раза в неделю

3 — один раз в неделю и более

а) Применение диетических лекарств

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

б) Применение слабительных

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

в) Применение мочегонных средств

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

г) Вызывание рвоты

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

д) Чрезмерные занятия спортом

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

е) Принятие некалорийных напитков в течение недели или дольше

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

ж) Комбинирование частоты и методов похудения

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2) Приступы обжорства

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — реже 1 раза в неделю

3 — раз в неделю или чаще

Если в разделе есть балл 3, то заполнить бланк дополнения «Повышенный аппетит на нервной почве» (текущее состояние) или «Повышенный аппетит на нервной почве» (в прошлом).

14. Синдром гиперактивности и расстройства внимания

1) Трудность при необходимости сосредоточить внимание на учебных или каждодневных задачах и игровой деятельности

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами испытывает трудности; минимальное влияние проблемы на функционирование

3 — часто испытывает трудности; влияние колеблется от умеренного до сильного

2) Ребенок легко отвлекается

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами проявляет забывчивость; минимальное влияние на функционирование

3 — внимание прерывается небольшими вмешательствами; влияние: от умеренного до сильного

3) Ребенку трудно усидеть на месте

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами импульсивен; минимум влияния на функционирование

3 — трудно усидеть на месте; влияние: от умеренного до сильного

4) Импульсивность

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами импульсивен; минимум влияния на функционирование

3 — часто импульсивен; влияние: от умеренного до сильного

Если в разделе есть балл 3, то заполнить бланк дополнения «Синдром гиперактивности и дефицита внимания» (текущее состояние) или «Синдром гиперактивности и дефицита внимания» (в прошлом).

15. Синдром оппозиционного поведения

1) Вспыльчивость

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами бывают вспышки раздражительности, которые сильнее и чаще, чем у обычных детей

3 — вспышки раздражительности 2—5 раз в неделю

2) Много спорит со взрослыми

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

180

2 — временами спорит с родителями и/или учителями; это происходит чаще, чем у обычных детей

3 — ежедневно или почти ежедневно спорит с родителями

3) Частое несоблюдение правил

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — отказывается выполнять просьбы; непослушен чаще, чем обычный ребенок того же возраста

3 — ежедневно или почти ежедневно отказывается выполнять просьбы и свои обязанности

Если в разделе есть балл 3, заполнить бланк дополнения «Синдром оппозиционного поведения (текущее состояние)» или «Синдром оппозиционного состояния (в прошлом)».

16. Расстройства поведения

1) Вранье

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — временами говорит неправду; обманывает чаще, чем обычные дети

3 — много раз в неделю говорит неправду

2) Прогулы

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — единичные прогулы

3 — систематические прогулы

Сколько было лет, когда начал

3) Учинение драк

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — дерется только со сверстниками; драки не кончались увечьями

3 — участие в многочисленных драках, хотя бы одна из которых была со взрослым или закончилась увечьями

Была ли попытка совершить убийство

Был ли участником уличной банды

4) Хулиганство (третирует или запугивает других)

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — 1 или 2 раза

3 — более 3 раз

181

5) Воровство без нападения на людей

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3

2 — один раз без столкновения с жертвой

3 — 2 раза и более без столкновения с жертвой

Если в разделе есть балл 3, то заполнить бланк дополнения «Поведенческие расстройства (текущее состояние)» или «Поведенческие расстройства (в прошлом)».

17. Тики

1) Моторные тики

в настоящем: 0 1 2 3

в прошлом: 0 1 2 3
2 — не ежедневно, делятся короткое время
3 — ежедневно

2) Голосовые тики

в настоящем: 0 1 2 3
в прошлом: 0 1 2 3
2 — не ежедневно
3 — ежедневно

Даты проявления тиков:

в настоящем

в прошлом

Если в разделе есть балл 3, то заполнить бланк дополнения «Злоупотребление наркотическими веществами и другие расстройства (текущее состояние)» или то же в прошлом.

18. Курение

1) Употребление

в настоящем: 0 1 2
в прошлом: 0 1 2

Если подросток когда-нибудь курил, задать следующие вопросы. Если нет, перейти к разделу «Злоупотребление алкоголем».

2) Количество выкуриваемых сигарет

- *Количество штук в день (сейчас)*
 - *Самое большее количество*
-

3) В каком возрасте впервые начал(а) курить регулярно (хотя бы 1 сигарету в день) _____

4) Делал(а) ли ты когда-нибудь попытки бросить курить

в настоящем: 0 1 2
в прошлом: 0 1 2

182

5) Бросал(а) ли ты когда-нибудь курение

в настоящем: 0 1 2
в прошлом: 0 1 2

6) Если да, сколько месяцев не курил(а)

19. Злоупотребление алкоголем

1) Употребление

- *В каком возрасте начал(а) пить регулярно*
-

- *Выпивал 2 рюмки более 3 раз в неделю*

в настоящем: 0 1 2
в прошлом: 0 1 2

Если проставлены 2 балла, то следует задать следующие вопросы. Если нет, то перейти к разделу «Злоупотребление наркотическими веществами».

1) Количество

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

2 — 1—2 рюмки

3 — более 2 рюмок

2) Частота

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

2 — 1—2 дня

3 — более 2 дней

3) Беспокойство со стороны посторонних в связи с пьянством

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

Если в разделе есть балл 2, то заполнить бланк дополнения «Злоупотребление алкоголем (текущее состояние) или «Злоупотребление алкоголем (в прошлом)».

20. Злоупотребление наркотическими веществами

1) Тест

а) Гашиш

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

б) Возбуждающие средства (стимулянты)

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

183

в) Седативные/снотворные/транквилизаторы

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

г) Кокаин

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

д) Опиаты (героин, морфин, кодеин, метадон, димедрол)

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

е) Пи-Си-Пи («Ангельская пыль»)

в настоящем: 0 1 2

в прошлом: 0 1 2

ж) Галлюциногены (психоделики, ЛСД)

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

з) *Растворители/ингаляторы (клей, бензин, хлороформ, эфир, краска)*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

и) *Прочие (лекарства, выписанные врачом; «веселящий газ» (закись азота); экстази)*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

Какое конкретно лекарство

Если подросток употреблял какие-либо из наркотических веществ, то перейти к следующим вопросам. Если нет, перейти к разделу «Посттравматические стрессовые заболевания».

2) Частота

0 — сведения отсутствуют
 1 — симптом отсутствует
 2 — реже чем 1 раз в месяц
 3 — чаще 1 раза в месяц

а) *Марижуана*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

б) *Стимулянты*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

184

в) *Седативные средства/транквилизаторы*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

г) *Кокаин*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

д) *Опиаты*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

е) *Пи-Си-Пи*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

ж) *Галлюциногены*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

з) *Растворители (ингаляторы)*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

и) *Прочие*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

к) *Смешанные вещества*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

Если в разделе есть балл 3, то заполнить бланк дополнения «Злоупотребление наркотическими веществами (текущее состояние) или «Злоупотребление наркотическими веществами (в прошлом)».

21. Посттравматические стрессовые заболевания

0 — сведения отсутствуют

1 — нет

2 — да

1) Травматические события

а) *Автомобильная авария*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

б) *Другие аварии*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

185

в) *Пожар*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

г) *Свидетель бедствия*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

д) *Свидетель преступления, связанного с насилием*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

е) *Жертва насилия*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

ж) *Травмирующие известия*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

з) *Свидетель насилия в семье*

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

и) *Физическое наказание*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

к) *Сексуальные домогательства*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

л) *Прочее*

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

Что именно

Даты травмирующих событий

Если имеются травматические эпизоды, то заполнить раздел «Посттравматические стрессовые заболевания».

2) Посттравматические стрессовые заболевания

1) Повторяющиеся мысли или образы, связанные с травмирующим событием

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

186

2) Попытки отгонять мысли и ощущения, связанные с травмой

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

3) Ночные кошмары

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

4) Бессонница

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

5) Раздражительность или вспышки гнева

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

Даты посттравматических событий

Если в разделе есть балл 2, то необходимо перейти к ответам на остальные вопросы о текущих и прошлых посттравматических стрессовых переживаниях.

Дополнительный завершающий опросник (приводится только для заключительной 21-й шкалы)

1. Повторяющееся проигрывание ситуации, относящейся к травмирующим событиям (воспроизведение)

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

2. Диссоциативные эпизоды, иллюзии, галлюцинации

а) Диссоциативные эпизоды

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

б) Иллюзии

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

в) Галлюцинации

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

3. Дистресс, вызванный раздражителями, которые напоминают или символизируют травматическое событие

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

187

4. Попытки избежать действия или ситуаций, вызывающих воспоминания о травме

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

5. Неспособность вспомнить важный аспект травмы

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

6. Уменьшение интереса к разным видам деятельности

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

7. Ощущение отрыва или отчуждения

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

8. Ограниченное воздействие

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

9. Восприятие перспектив будущего

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

10. Трудности с концентрацией

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

11. Сверхбдительность

в настоящем:	0	1	2
--------------	---	---	---

в прошлом:	0	1	2
------------	---	---	---

12. Повышенная пугливость

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

13. Физиологическая реактивность по отношению к событиям, которые напоминают травматическое событие

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

14. Нарушение функционирования

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

а) В обществе (родственников)

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

188

б) В семье

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

в) В школе

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

Продолжительность (в неделях) _____

15. Признаки наличия посттравматических стрессовых состояний

а) Критерии согласно DSM-III

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

б) Критерии согласно DSM-IV

в настоящем:	0	1	2
в прошлом:	0	1	2

Руководство к опроснику Д-ОЭРШ

Д-ОЭРШ представляет собой частично структурированное интервью. Вопросы и утверждения, включенные в этот инструментарий, *необязательно* читать слово в слово. Они были включены скорее с целью иллюстрации способов получения информации, необходимой для оценки каждого отдельного пункта. Тому, кто проводит интервью, следует приспособить тесты к уровню развития ребенка и при задавании вопросов относительно симптомов стараться использовать язык, понятный ребенку.

Опросник Д-ОЭРШ применяется посредством интервьюирования родителя(ей), учителей и самого ребенка, а затем — путем получения средних для суммарных баллов по пункту, включающих *все* источники информации (родитель, ребенок, школа, таблица наблюдений и пр.). Если этот инструментарий применяется к пациентам доподросткового возраста, то сначала следует опросить родителя. При

работе с подростками следует начинать с них. В случае наличия несоответствий между различными источниками информации человек, оценивающий результаты опроса, должен руководствоваться своими соображениями исходя из своего клинического опыта.

При наличии несоответствий между сообщениями родителей и детей следует помнить, что наиболее часто встречающиеся разноречия возникают по вопросам, касающимся субъективных явлений, когда в

189

отличие от родителей, которые не знают о наличии или отсутствии определенных симптомов, ребенок совершенно однозначно осведомлен о них. Это в особенности касается таких вопросов, как чувство вины, безнадежности, прерывистого сна, галлюцинаций, возникновения желания покончить жизнь самоубийством.

Если несоответствия относятся к наблюдавшимся случаям поведения (прогулы, поджог или принудительное соблюдение какого-либо обряда), то интервьюирующий должен опросить родителя(ей) и ребенка относительно несогласующейся информации. Если несоответствие не устраняется, то полезно встретиться одновременно с родителем(-лями) и ребенком, чтобы обсудить его причины. В конечном счете тому, кто проводит интервью, придется руководствоваться своим профессиональным мнением при выведении суммарных оценок.

При кодировании симптомов следует придерживаться следующих правил.

1. *Текущий диагноз:* при кодировании текущих эпизодов заболеваний (ТЭ) оценивание симптомов по балльной системе следует проводить с учетом того периода, когда во время эпизода симптомы проявлялись особенно сильно. Поставьте на полях, *уменьшились ли или совсем исчезли* особые симптомы (например, бессонница) *и когда*.
2. *Применение лекарственных препаратов для лечения заболеваний:* при кодировании заболеваний, которые лечатся лекарствами (например, синдром гиперактивности и расстройства внимания), используйте оценочную шкалу для описания более интенсивных по своей силе симптомов, наблюдавшихся до начала применения лекарств или в период «отдыха от лекарств». Сделайте отметку на полях о том, *какие симптомы поддаются эффективному лечению*.
3. *Диагноз в прошлом:* эпизод может быть классифицирован как «имевший место в прошлом» или «разрешившийся», если после него прошло *2 месяца* без повторения симптомов, связанных с заболеванием. Эпизоды, отмеченные в разделе прошлых заболеваний, должны представлять наиболее тяжелые эпизоды в прошлом (НТП) и относиться к определенному заболеванию.
4. *Хронология:* для детей с историей повторяющихся или эпизодических заболеваний рекомендуется составить хронологическую таблицу болезни, охватывающую всю жизнь ребенка, чтобы иметь возможность оценивать по балльной системе симптомы, связанные с каждым эпизодом заболевания.

190

При завершении полного интервью те диагнозы, которые поначалу считались «прошлыми», могут оказаться текущими диагнозами с частичной ремиссией. При кодировании оценок тяжести текущих и прошлых эпизодов коррекция может производиться после окончания интервью.

Применение Д-ОЭРШ требует полного проведения или использования:

- вводного интервью;
- диагностического отборочного интервью;
- дополнительного завершающего опросника;
- соответствующих диагностических дополнений;
- обобщающего опросника по диагностике заболеваний в течение всей жизни ребенка;
- оценок по детской глобальной оценочной шкале (Д-ГОШ).

Первоначально опросник Д-ОЭРШ заполняется с каждым информантом отдельно, затем, после обобщения всех сведений и устранения несоответствий в отчетах информантов, заполняется обобщающий опросник по диагностике заболеваний в течение всей жизни ребенка и выставляются баллы по Д-ГОШ.

При отсутствии показателей текущей или прошедшей психопатологии нет необходимости в выставлении дальнейших оценок, помимо проведения отборочного интервью. Ниже кратко рассматривается каждая фаза интервью.

Неструктурированное вводное интервью (см. приложение 1). Заполнение этого раздела Д-ОЭРШ занимает приблизительно 10—15 минут. Данный раздел содержит сведения о демографическом статусе, о состоянии здоровья, представленных жалобах и о прошлом психиатрическом лечении одновременно с информацией об успехах ребенка в школе, его любимых занятиях, отношениях со сверстниками и членами семьи. Обсуждение последних чрезвычайно важно, поскольку ответы на эти вопросы образуют контекст для выявления симптомов настроения (депрессии и возбуждаемости) и для получения сведений, которые необходимы, чтобы оценить снижение уровня функционирования.

Этот раздел Д-ОЭРШ следует использовать для установления связей с родителем(ями) и ребенком; его *ни в коем случае* нельзя игнорировать.

Далее приводятся Правила применения вводного (неструктурированного) интервью — с. 194—196.

191

Диагностическое отборочное интервью. В результате проведения отборочного интервью собираются сведения о первоначальных симптомах различных диагнозов заболеваний, которые оцениваются по Д-ОЭРШ. Для оценки каждого симптома имеются специальные тесты и балльная система критериев.

Специалист, проводящий интервью, не обязан дословно воспроизводить или использовать все предлагаемые тесты, ему будет достаточно воспользоваться таким количеством тестов, которое необходимо для выставления баллов по каждому пункту.

Тестирование должно быть как можно более нейтральным, следует также избегать направляющих вопросов (содержащих подсказку) типа: «Ты ведь не чувствуешь себя подавленным?»

Симптомы, получившие баллы в результате отборочного интервью, собираются для одновременного изучения *текущих (ТЭ) и наиболее тяжелых эпизодов в прошлом (НТП)*¹.

Начинайте с вопросов о том, имел ли ребенок *когда-нибудь* данный симптом. Если следует отрицательный ответ, оценивайте симптом как отрицательный для разделов ТЭ и НТП, после чего переходите к следующему вопросу. Если ответ утвердительный, выясните, когда этот симптом отмечался. Если подтверждается, что он происходил в определенное время (например, текущий эпизод), следует спросить, проявлялся ли он в другое время (т. е. в прошлом).

Диагнозы, получившие оценку в результате отборочного интервью, могут изучаться не по порядку. Интервьюирующий волен начать с вопросов, относящихся к диагнозам в связи с определенными жалобами на здоровье, высказанными во время неструктурированного интервью. Все разделы отборочного интервью следует заполнить, однако большинство специалистов считают наиболее удобным начинать с самого начала опросника и идти по порядку до конца.

После того как собраны первичные симптомы, касающиеся каждого из диагнозов, выделяются критерии отсева для текущих и наиболее тяжелых эпизодов в прошлом. Имеется специально отведенное место для указаний, если ребенок отвечает критериям отсева или у него имеются клинические проявления предварительных симптомов, связанных с определенными диагнозами. Если по некоторым диагнозам ребенок не подпадает под пропускаемые критерии, после завершения отборочного интервью нужно воспользоваться соответствующими дополнениями.

192

Дополнительный завершающий опросник. Дополнительный завершающий опросник отделяется от остального текста интервью до начала его проведения. Дополнения, требующие полной информации, должны быть отмечены в отведенных для этого местах вместе с датами возможных текущих и прошлых эпизодов заболевания.

Диагностические дополнения. Имеются пять диагностических дополнений, которые входят в состав Д-ОЭРШ:

- Дополнение 1. Эмоциональные расстройства.
- Дополнение 2. Психотические расстройства.
- Дополнение 3. Тревожность.
- Дополнение 4. Поведенческие расстройства.
- Дополнение 5. Злоупотребления наркотическими веществами и прочие заболевания.

Диагнозы, собранные в каждом из этих дополнений, кратко описаны в дополнительном завершающем опроснике и в перечне разделов в начале каждого дополнения. Критерии отсева в отборочном интервью конкретно определяют, какое из дополнений должно быть заполнено, если это вообще необходимо сделать.

Каждое дополнение содержит перечень симптомов, тестов и критериев для оценки текущих (ТЭ) и наиболее тяжелых эпизодов в прошлом (НТП), связанных с заболеванием. Критерии, необходимые для *DSM-III* и *DSM-IV*, приводятся для каждого диагноза.

Дополнения следует применять в том порядке, в каком перечислены симптомы для различных диагнозов. Например, если имеется показание к тому, что у ребенка синдром гиперактивности и дефицита внимания (СГДВ) — с 5-летнего возраста, а также, возможно, общая депрессия (ОД) — с 9 лет, тогда сначала следует заполнить дополнение для СДВГ, а затем дополнение для ОД.

Если при задавании вопросов о концентрировании внимания в связи с возможностью заболевания ОД выясняется, что у ребенка существует медицинская история проблем со вниманием, касающихся СДВГ, важно выяснить, были ли связаны начальные депрессивные симптомы с ухудшением давно имеющих проблем с концентрацией внимания.

Если при появлении депрессивных симптомов не наблюдалось никаких изменений в поддержании внимания, то в дополнении к ОД симптом наличия трудностей с концентрацией внимания не должен оцениваться как положительный.

193

В том случае, когда продолжительность нескольких заболеваний перекрывает по времени друг друга, прежде всего следует заполнить дополнения к тем заболеваниям, которые могут повлиять на течение других заболеваний. Например, если имеется указание на употребление алкоголя и наркотических веществ и возможные маниакальные симптомы, нужно в первую очередь заполнить дополнение 5, а также позаботиться о том, чтобы дать оценку взаимовлиянию употребления алкоголя и наркотических веществ и маниакальных симптомов.

Обобщающий опросник по диагностике заболеваний в течение всей жизни ребенка. Обобщающая диагностическая информация заболеваний, отмечавшихся в течение всей жизни ребенка, основана на суммировании данных, полученных из всех источников.

Опросник позволяет зафиксировать следующие сведения для каждого диагноза:

- наличие или отсутствие текущего или прошедшего эпизода;
- возраст ребенка, когда у него произошел первый эпизод;
- возраст, когда начался текущий эпизод;
- общее количество эпизодов;
- общая продолжительность эпизода(ов).

Сведения о лечении также заносятся в опросник.

Детская глобальная оценочная шкала (Д-ГОШ). Результаты, полученные с использованием Д-ГОШ, призваны оценить всесторонний уровень функционирования детей. Для тех, у кого нет никакой медицинской истории психиатрических заболеваний в течение жизни, предписывается выставять только текущие баллы Д-ГОШ.

Для детей с текущими и прошлыми психиатрическими заболеваниями следует выставить два типа баллов Д-ГОШ. Для детей, у которых в настоящее время зафиксированы эпизоды заболеваний, необходимо в дополнение к текущим баллам Д-ГОШ подсчитать баллы Д-ГОШ в прошлом, которые оценивали бы предшествующий уровень функционирования ребенка в прошлом.

Для тех, у кого имеется предшествующая история психиатрических заболеваний, в дополнение к подсчетам текущих баллов Д-ГОШ предписывается подсчитать баллы Д-ГОШ в прошлом, чтобы оценить уровень функционирования ребенка в течение самого тяжелого предыдущего эпизода заболевания.

Подсчет баллов. Большинство пунктов в Д-ОЭРШ оценивается по 4-балльной шкале — от 0 до 3. Нуль баллов означает отсутствие сведений;

194

1 — симптом отсутствует; 2 — указание на подпороговый уровень симптоматики; 3 — пороговый критерий.

Остальные пункты оцениваются по 3-балльной шкале от 0 до 2, согласно которой 0 означает отсутствие сведений; 1 — отсутствие симптома; 2 — наличие симптома.

Поскольку подпороговые проявления симптомов недостаточны для выставления диагноза заболевания, в определенных случаях следует предусматривать дальнейшее выяснение обстоятельств. Нужно обратить внимание лечащего врача или научного руководителя на полученные подпороговые баллы для психопатических симптомов или кластеров других симптомов, связанных с конкретным диагнозом.

Правила применения вводного (неструктурированного) интервью

На проведение вводного интервью следует отвести 10—15 минут.

Цель неструктурированного интервью — установление взаимоотношений, получение сведений о текущих жалобах на здоровье, предшествующих проблемах и всестороннем функционировании ребенка. Полезно потратить несколько минут на общую беседу, чтобы у ребенка и родителей прошла скованность.

Интервью начинается с простых демографических вопросов. Большинство людей находят эту часть очень легкой, и в то же время полученные сведения помогают специалисту, ведущему интервью, сориентироваться относительно условий жизни ребенка.

Кроме того, следует также собрать сведения о здоровье и истории развития ребенка, поскольку эти данные могут быть полезными для выставления характерных диагнозов. Примеры тестов, позволяющих получить данные о текущих жалобах на состояние здоровья, в общих чертах намечены ниже.

Мне бы хотелось поговорить с тобой относительно тех проблем, которые заставили твоих родителей прийти с тобой к нам для того, чтобы я мог (могла) понять, как наилучшим образом помочь тебе.

Почему твои родители привели тебя сюда сегодня?

Что прежде всего беспокоит тебя и их?

Что они говорят?

Ты можешь догадаться почему?

Какое последнее происшествие заставило твоих родителей привести тебя сюда?

195

Беспокоило ли тебя что-нибудь в последнее время? Какие проблемы?

Когда ты впервые заметил это (симптом)?

Если ответ ребенка слишком краток:

Можешь ли ты рассказать об этом подробнее?

Если то, что говорит ребенок, трудно понять:

Можешь ли ты объяснить, что имеешь в виду?

Если ребенок дает неопределенные ответы:

Можешь ли ты привести пример?

Есть ли у тебя какие-нибудь другие проблемы?

Когда обсуждается начало возникновения и течение симптома, многие дети не могут дать достоверный ответ, когда же это случилось. Учитывая их развитие, нужно признать это вполне нормальным. Если ребенок затрудняется сообщить подобные сведения во время первого опроса, то, вероятно, он вообще не сможет их предоставить.

Во время интервьюирования родителей видоизмените вопрос, чтобы можно было задать его ребенку.

В ходе вводного интервью, а также Д-ОЭРШ, во время задавания вопросов о симптомах специалистам, проводящим интервью, следует использовать по возможности стиль речи ребенка и/или его родителей.

После того как получена информация о причине визита, соберите сведения об истории лечения. Затем спросите, как ребенок чувствует себя в школе, и о его взаимоотношениях с другими.

При интервьюировании детей нет необходимости — и обычно это не дает результатов — пытаться полностью завершить вводное интервью.

Сделайте обзор простых демографических данных (возраст, класс школы, состав семьи, имена братьев и сестер), текущих жалоб (вероятно, с меньшими подробностями, чем ответы родителей), о семье, привыканий к школьной обстановке и взаимоотношениях со сверстниками.

Обсуждение этих последних вопросов чрезвычайно важно, поскольку оно дает представление о контексте, касающемся получения от детей сведений о симптомах настроения (депрессии и раздражительности), а также сбора предварительных данных для оценки функционального ослабления.

Уточнения. Когда оцениваются дети, не относящиеся к психиатрическим пациентам, то из вводного интервью следует опустить вопросы

196

о причине визита. В остальном следует придерживаться тех же правил. В протоколе ответов вводного интервью очерчивается круг тем, которые следует обсудить во время основного процесса интервьюирования ребенка (отборочное интервью).

Диагностическое отборочное интервью (Д-ОЭРШ)

I. Депрессивные расстройства

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Подавленное настроение	ТЭ			
Относится к субъективному ощущению подавленности. Оно выражается в словесных жалобах на подавленность, грусть, хандру, мрачность, сильное несчастье, опустошенность, плохие ощущения, плаксивость. Этот раздел не включает в себя мысли (например, разочарование, пессимизм, никчемность), суицидальные попытки или внешнюю подавленность. Некоторые дети могут отрицать наличие грусти и будут говорить о том, что чувствуют себя «плохо», поэтому важно расспросить их по поводу каждого дисфорического аффекта. Сюда не относятся такие ощущения, как тревожность и напряженность. Раздражительность без какого-либо другого длительного дисфорического аффекта здесь	0 1	0 1	0 1	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует или наблюдается реже чем раз в неделю.
	2	2	2	Подпороговый симптом: часто испытывает эмоционально угнетенное состояние, по крайней мере 3 раза в неделю каждый раз более чем по 3 часа.
	3	3	3	Пороговый симптом: ощущает «подавленность»

кодироваться не должна. Интервью с родителями: материнское «внутреннее чувство» (чувство сопереживания) того, что ребенок часто чувствует себя подавленным, может считаться положительным свидетельством подавленного состояния ребенка при условии, если сам родитель не находится одновременно в депрессивном состоянии.	большую часть дня и почти все время пребывает в таком состоянии.
---	--

197

<p>Было ли тебе когда-нибудь грустно, ощущал ли ты хандру, состояние подавленности или опустошенности? Ты чувствовал плаксивость? Когда это было? Чувствуешь ли ты сейчас _____? Повторялось ли это состояние снова? Были ли у тебя другие плохие ощущения? Испытывал ли ты когда-нибудь постоянно плохое чувство, от которого ты не мог избавиться? Плакал ли ты или чувствовал плаксивость?</p> <p>Чувствовал ли ты _____ все время, на протяжении только некоторого времени? (Высчитайте процент, приходящийся на время бодрствования ребенка: сумма процентов всех состояний, если они не возникают одновременно.)</p> <p>(Оценка изменений настроения в течение дня может помочь прояснить ежедневную продолжительность депрессивного настроения.)</p> <p>Это состояние приходило и уходило? Как часто? Каждый день? Как долго это продолжалось? Как ты думаешь, чем оно было вызвано?</p> <p>(Произведите оценку взаимосвязи подавленного настроения с разлукой ребенка с человеком, который о нем заботится.) Было ли тебе грустно, когда твоя мать уходила куда-нибудь? Если разлука с матерью приводится в качестве причины, спросите: Чувствовал ли ты _____, когда твоя мать была рядом? Чувствовал ли ты себя немного лучше или, может быть, это чувство совсем исчезло? Могли ли другие люди определить, когда тебе грустно? Откуда они это знали? По твоему виду?</p>	В прошлом:	<p>Продолжительность депрессивного настроения _____</p> <p>_____ Род.</p> <p>_____ Реб.</p> <p>_____ Шк.</p>
---	------------	--

Примечание. Иногда в начале интервью ребенок может дать отрицательный ответ, однако в ходе интервью ему может стать грустно. В таком случае следует повторить вопросы о его текущем настроении и использовать его в качестве примера, чтобы определить частоту. Точно так же: если согласно сведениям,

198

полученным от матери, ребенок почти все время грустит, однако сам он отрицает это, его следует ознакомить с мнением матери и затем спросить, почему, по его мнению, мать считает, что он часто грустит.

Когда ребенок или его родитель сообщают, что у ребенка бывают короткие периоды грусти в течение всего дня, очень вероятно, что он всегда грустен и подавлен и сообщает лишь об ухудшениях, в этом случае следует оценить подавленное настроение в 3 балла. Таким образом, всегда важно задать вопрос относительно остального времени: «Помимо тех периодов, когда ты чувствовал _____, в остальное время чувствовал ли ты себя счастливым или грустил больше, чем твои друзья?»

2. Раздражительность и гневливость	ТЭ			
Субъективное чувство раздражительности, гнева, капризности, вспыльчивости, невыдержанности, враждебности или недовольства кодируется независимо от того, проявляется оно открыто или нет. Оцените интенсивность и продолжительность этих чувств. Испытывал ли ты когда-нибудь досаду, раздражительность или капризность по поводу незначительных вещей? Случалось ли, что ты часто был вспыльчив? Когда это было? Похоже ли твое теперешнее	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует или случается реже чем раз в неделю.
	2	2	2	Подпороговый симптом: ребенок чувствует себя злым или раздражительным гораздо чаще, чем того требуют обстоятельства, по

<p>самочувствие на это состояние? Чувствовал ли ты _____ еще когда-нибудь в своей жизни? Что вызывало у тебя _____? Был ли ты помимо этого сильно рассержен или зол (даже если ты это и не показывал)? Психовал ли ты когда-нибудь? Насколько сильно? Сильнее, чем раньше? Что заставляло тебя злиться? Бывало ли, что ты иногда чувствовал себя злым и/или раздражительным и/или капризным и не знал, почему? Часто ли это случалось? Терял(а) ли ты при этом самообладание? В семье? С друзьями? С кем-нибудь другим? В школе? Что ты при этом</p>	3	3	3	<p>крайней мере 3 раза в неделю, каждый раз в течение более 3 часов. Или ребенок начинает спорить, быстро становится беспокойным. Пороговый симптом:</p>
--	---	---	---	--

199

<p>делал(а)? Кто-нибудь говорил тебе что-нибудь об этом? Сколько времени ты чувствовал себя злым, раздражительным и/или капризным? Все время? Значительное количество времени? Временами? Никогда? Когда ты психовал, о чем ты думал? Думал ли ты о том, чтобы убить других или поранить себя? Или о том, чтобы навредить другим или мучить их? Кого именно? Был ли у тебя какой-нибудь план? В чем он заключался? Если раздражительность возникает в конкретные эпизоды в период депрессивного состояния, особенно если она ничем не спровоцирована, необходимо помнить об этом при распросе относительно мании и гипомании.</p>	В прошлом:			<p>ежедневно или почти ежедневно чувствует себя раздраженным/злым в течение по крайней мере 50% своего времени бодрствования. Или часто кричит, выходит из себя. Продолжительность раздражительного настроения _____</p> <p>_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.</p>
3. Ангедония. Отсутствие интереса. Апатия. Снижение мотивации, или скука	ТЭ			
<p>«Скука» — это термин, который понимают все дети. Часто он относится к потере способности получать удовольствие (ангедония), потере интереса или сразу к обоим состояниям. Утрата удовольствия и потеря интереса не исключают друг друга и могут присутствовать одновременно. Чем ты любишь заниматься? Получаешь ли ты от этого занятия удовольствие? (Попросите привести примеры: занятия спортом, быть с друзьями, любимые игры, школьные предметы, походы, проводить время в кругу семьи, смотреть любимые телевизионные программы, компьютер или компьютерные игры, музыка, танцы, играть одному, чтение книг, прогулки и т. п.) Случалось ли так, что</p>	0	0	0	<p>Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговый симптом: некоторые виды активности могут быть, определено менее приятными и интересными. Ребенок испытывает скуку или апатию как минимум</p>
	1	1	1	
	2	2	2	

200

<p>почти все время тебе было скучно? Когда? Скучно ли тебе сейчас? Было ли и раньше так, чтобы тебе все сильно наскучило? Чувствовал ли ты скуку, когда думал о тех делах, которыми тебе обычно нравится заниматься? (Приведите примеры из числа тех, что даны выше.) Прекратил ли ты из-за этого заниматься этими делами? Наскучивали ли тебе те дела, от которых ты обычно раньше получал удовольствие? Ангедония означает частичную или полную (обширную) утрату способности получать удовольствие, наслаждение и радость во время различного рода деятельности, ранее привлекательной для ребенка, как, например, перечисленные выше. Этот термин также относится к основным типам удовольствия, например, вызываемым любимыми блюдами и у подростков сексуальной активностью. Хотелось ли тебе делать вещи, от которых ты раньше получал удовольствие? (Приведите примеры.) Тебе приходилось заставлять себя, чтобы заняться любимыми делами? Были ли они тебе интересны? Был ли у тебя энтузиазм, чтобы заняться ими? Почему нет? Тебе доставляло столько же радости заниматься ими, как и до того, когда ты стал чувствовать себя печально и т. д.?</p>	3	3	3	<p>трижды в неделю во время какой-либо деятельности. Пороговый симптом: большинство видов деятельности стали доставлять гораздо меньше удовольствия и стали гораздо менее интересными. Ребенок скучает, апатичен ежедневно, или почти ежедневно, как минимум, 50% времени от какой-либо деятельности. Продолжительность ангедонии _____</p>
--	---	---	---	---

Если стало меньше радости, они приносили тебе несколько меньше удовольствия? Намного меньше удовольствия? Вообще не доставляли удовольствия? Ты радовался не меньше твоих друзей? Сколько из них приносят тебе меньше радости, чем раньше? Сколько доставляют такую же радость? Больше радости? Ты занимался _____ меньше, чем раньше? Насколько меньше? У подростков — если сексуально		
--	--	--

201

активны: Ты получаешь столько же удовольствия от секса, что и раньше? Ты меньше занимаешься сексом? Этот признак не включает в себя неспособность вовлекаться в какую-либо деятельность (потеря способности сконцентрироваться на чтении, играх, телевизоре, или школьных предметах). При каждом обследовании необходимо проведение 2 сравнений: получение удовольствия по сравнению со сверстниками и по сравнению с состоянием ребенка вне депрессии. Второе из них невозможно при длительном течении депрессии, поскольку интересы и предпочтения детей меняются с возрастом. Выраженность определяется числом видов деятельности, приносящих меньше удовольствия, и степенью потери способности получать удовольствие. Не путайте с недостатком возможностей для занятия какой-то деятельностью, которое может возникать из-за чрезмерных ограничений, накладываемых родителями.	В прошлом:	_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
4. Суицидальное поведение	ТЭ	
а) Повторяющиеся мысли о смерти. Иногда дети, которые расстроены или плохо себя чувствуют, желают своей смерти или считают, что было бы лучше, если бы они были мертвы. Были ли у тебя когда-нибудь подобные мысли? Когда? Есть ли у тебя подобные мысли теперь? Чувствовал ли ты себя когда-нибудь подобным образом?	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговый симптом: ребенок временами думает о самоубийстве. Пороговый симптом: повторяющиеся мысли о смерти: «Мне было бы лучше, если бы я был мертв» или «Лучше бы я умер».

202

	В прошлом:	_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
б) Формирование суицидальных мыслей. Включает поглощенность мыслями о смерти или самоубийстве и слуховые императивные галлюцинации, когда ребенку слышится голос, который говорит ему убить себя. Не включайте сюда обычный страх перед смертью. Иногда дети, которые расстроены или плохо себя чувствующие, думают о том, чтобы умереть или убить себя. Были ли у тебя когда-нибудь подобные мысли? Как бы ты их осуществил? Был ли у тебя план?	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 В прошлом:	Сведения отсутствуют. Отсутствие симптома. Подпороговый симптом: временами у ребенка имеются мысли о самоубийстве, но он не думал о конкретном способе. Пороговый симптом: ребенок часто думает о самоубийстве и уже думал о конкретном способе. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
в) Суицидальные действия — их серьезность. Оцените серьезность намерений убить себя, выраженных в действиях ребенка, направленных на совершение самоубийства: например, вероятность того, что его спасут; меры предосторожности, чтобы его не обнаружили; действия, направленные на получение помощи во время или после попытки самоубийства; степень планирования самоубийства; явная цель попытки (манипулятивное или истинное суицидальное намерение). Пытался ли ты когда-нибудь убить себя? Когда? Что ты сделал? Что-то еще?	0 0 0 1 1 1 2 2 2	Сведения отсутствуют. Отсутствие попыток или демонстративная попытка без намерения умереть (например, держал таблетки в руке). Подпороговый симптом: присутствует, но очень двойствен.

Ты в самом деле хотел умереть? Насколько близко				
203				
ты был от совершения этого? Был ли кто-нибудь при этом в комнате? В квартире? Ты говорил кому-нибудь об этом заранее? Как тебя нашли? Ты действительно хотел умереть? Ты просил о какой-либо помощи после того, как ты сделал это?	3	3	3	Пороговый симптом: определенное намерение совершения самоубийства. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
г) Суицидальные акты — медицинское состояние. Действительная опасность для жизни или физическое состояние после самой серьезной попытки самоубийства. Примите во внимание способ, степень нарушения сознания на момент спасения, серьезность физических повреждений, токсичность принятых веществ, обратимость состояния, количество времени, необходимое для полного выздоровления и объема необходимого медицинского лечения. Как близко ты был(а) к смерти после твоей (наиболее серьезной) попытки самоубийства? Что ты сделал(а), когда пытался(лась) убить себя? Что случилось с тобой после того, как ты попытался(лась) убить себя?	В прошлом:			
	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Отсутствие попытки или демонстративная попытка без намерения умереть (например, держал таблетки в руке).
	2	2	2	Подпороговый симптом: например, принял 10 таблеток аспирина, легкий гастрит.
д) Несуицидальные действия с нанесением физических самоповреждений. Нанесение самоповреждений или другие подобные действия, совершенные без намерения убить себя. Пытался ли ты когда-нибудь поранить себя? Прижигал	3	3	3	Пороговый симптом: например, принял 10 таблеток, потерял сознание на короткое время. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
	В прошлом:			
	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговый симптом: нечасто

204				
ли ты когда-нибудь себя спичками или свечей? Или царапал себя иголками/ножом? Своими ногтями? Или клал горячие монеты себе на кожу? Чем-нибудь еще? Зачем ты это делал? Как часто? Много ли было таких случаев? Каких именно случаев? Как часто они бывали? Некоторые дети совершают подобные действия, потому что они хотят убить себя, другие — потому что это дает им возможность чувствовать себя несколько лучше потом. Почему ты это делаешь?	3	3	3	(1—3 раза в год). Никогда не наносил себе серьезных повреждений. Пороговый симптом: часто (4 раза и больше в год) или нанес себе серьезные повреждения (например, ожог со срамом; перелом). _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
В прошлом:				

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка в каком-либо из выше описанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Депрессивные расстройства (текущее состояние)» в приложении 1 («Эмоциональные расстройства»).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом в каком-либо из выше описанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Депрессивные расстройства (в прошлом)» в приложении 1 («Эмоциональные расстройства»).

_____ Признаков депрессивных расстройств не отмечено.

II. Мания

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Приподнятое состояние. Экспансивное настроение	ТЭ			
Приподнятое настроение и/или оптимистическое отношение к будущему. Необходимо отличать это	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.

состояние от нормального настроения у хронически депрессивных людей. Не расценивать положительно приподнятость настроения.	2	2	2	Подпороговое состояние: определенно приподнятое
---	---	---	---	---

205

<p>отмеченную в таких ситуациях, как Рождество, день рождения, поездки в гости или на отдых (т. е. в ситуациях, действующих на детей возбуждающим образом).</p> <p>Чувствовал ли ты себя когда-нибудь очень хорошо, по-настоящему весело или в приподнятом настроении? Более, чем в твоем обычном состоянии?</p> <p>Если непонятно:</p> <p>Чувствовал, что все получится именно так, как ты хотел? Переживал ли ты чувство уверенности в том, что все получится именно так, как ты того хотел? Ты дурачился больше, чем большинство твоих друзей? Говорили ли тебе когда-нибудь друзья, что ты был слишком счастлив или слишком дурачлив? Если бы люди увидели тебя в подобном настроении, подумали бы они, что ты просто в хорошем настроении или вообразили бы что-то помимо этого? Находясь в подобном настроении, ощущал ли ты себя пьяным, в то время как ты не брал в рот спиртного? Был ли ты похож на пьяного? Чувствовал ли ты себя беззаботно веселым и счастливым? Можешь ли ты привести какие-нибудь примеры? Как долго обычно продолжалось это чувство?</p> <p>Примечание. Не кодируется приподнятое настроение, вызванное восстанавливающими лекарственными препаратами.</p>	3	3	3	<p>настроение и оптимистический взгляд, несколько выходящий за рамки обстоятельств. Настроение проявляется по крайней мере 3 раза в неделю и каждый раз продолжается более чем 3 часа.</p> <p>Порог: настроение и оптимистический взгляд явно выходит за всякие рамки происходящего. Состояние заметно для всех и оценивается другими людьми как странное и чрезмерное. Приподнятое настроение проявляется ежедневно или почти ежедневно, по крайней мере 50% времени бодрствования в течение по крайней мере 4 дней; или повторяется в течение более коротких периодов (например, период продолжительностью в один день каждый месяц).</p>
--	---	---	---	---

206

	В прошлом:			<input type="checkbox"/> Род. <input type="checkbox"/> Реб. <input type="checkbox"/> Шк.
2. Пониженная потребность во сне	ТЭ			
<p>Были ли у тебя такие ситуации, когда тебе требовалось спать меньше, чем обычно, и при этом ты чувствовал себя отдохнувшим? Сколько часов обычно тебе нужно для сна? Сколько часов ты спишь ночью? Ты не ложился спать, потому что ты чувствовал себя особенно возбужденным и полным энергии? Был ли ты с друзьями или один? Принимал ли ты какие-нибудь наркотики?</p> <p>Примечание. Не кодируется положительно, если уменьшенная потребность во сне вызывалась социальными событиями или употреблением наркотиков или просто отражает типичный образец нерегулярного подросткового сна. Сделайте пометку, если в ответ на тесты этого раздела было сообщено о бессоннице или патологической сонливости (гиперсомнии) ____</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	<p>Сведения отсутствуют.</p> <p>Симптом отсутствует.</p> <p>Подпороговая ситуация: на 1 — 3 часа меньше, чем обычно в течение 2-х ночей или более подряд. Ребенок чувствует себя при этом возбужденным и особенно энергичным.</p> <p>Порог: на 3 или более часов меньше сна, чем обычно в течение 2 или более ночей подряд. Спит меньше времени, потому что чувствует себя возбужденным и особенно энергичным; не чувствует усталости на следующий день.</p> <p>В прошлом:</p> <p>____ Род. ____ Реб. ____ Шк.</p>
3. Повышенная активность, преследующая цель	ТЭ			
<p>Был ли ты когда-нибудь более активен или вовлечен в большее</p>	0	0	0	Сведения отсутствуют.

207

число мероприятий, чем обычно?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Работал ли ты в это время над каким-нибудь заданием в школе или дома?	2	2	2	Подпороговая ситуация: небольшое, но определенное

<p>Проводил ли ты вне дома времени больше, чем обычно? Был ли ты сексуально более активен, чем обычно? Какое у тебя было настроение в то время? Как ты себя воспринимал? Был ли ты более уверен в себе, чем обычно?</p> <p><i>Примечание.</i> Поведение кодируется, только если повышенная активность возникает во время изменения настроения (например, приподнятость настроения или раздражительность) или вследствие возросшей уверенности в себе.</p>	3	3	3	<p>увеличение общего уровня деятельности, включающее несколько сфер (например, работа, школа, социальное общение, сексуальность).</p> <p>Порог: увеличение уровня общей активности в нескольких сферах от умеренного до выраженного или явно заметное увеличение в одной или нескольких сферах.</p> <p>Вовлечение в разного рода деятельность чрезмерно, гораздо большее, чем обычно ожидается от ребенка определенного возраста.</p> <p>_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.</p>
4. Скачка мыслей	ТЭ			
<p>Случалось ли когда-нибудь, что твои мысли стремительно сменяли друг друга и бежали так быстро, что тебе было</p>	0 1	0 1	0 1	<p>Сведения отсутствуют.</p> <p>Симптом отсутствует.</p>

208

<p>трудно поспеть за ними? Чувствовал ли ты когда-нибудь, что у тебя возникает слишком много идей? Был ли ты способен остановить мысль по своему желанию? Какое у тебя было тогда настроение?</p> <p>Оценивайте данные, основанные на сведениях, полученных от информантов и путем наблюдения.</p> <p>Кодируйте поведение только в том случае, если скачка мыслей характерна для периодов изменения настроения (например, приподнятость настроения или раздражительность).</p> <p><i>Примечание.</i> Если скачка мыслей была единственным подразделом в разделе «Мания», в котором поведение ребенка соответствовало критериям кодирования, переспросите ребенка относительно настроения (например, приподнятость настроения или раздражительность), сна и уровня активности во время периодов, когда отмечалось присутствие скачки мыслей.</p>	2 3	2 3	2 3	<p>Подпороговая ситуация: стремительно мчащиеся мысли вызывают незначительное беспокойство или снижение функционирования.</p> <p>Порог: стремительно мчащиеся мысли вызывают значительное беспокойство или снижение функционирования. Мысли не могут быть остановлены по желанию.</p> <p>_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.</p>
	<i>В прошлом:</i>			

_____ Если количество баллов, полученных в результате ответов на вопросы *отекущем* состоянии ребенка, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Мания (текущее состояние)» в дополнении 1 (эмоциональные расстройства).

_____ Если количество баллов, полученных в результате ответов на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Мания (в прошлом)» в дополнении 1 (эмоциональные расстройства).

_____ Никаких признаков наличия мании не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих симптомов мании, а также маниакальных эпизодов, которые наблюдались в прошлом.

209

III. Психотические расстройства (психоз)

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Галлюцинации	ТЭ			
<p>Иногда дети, если рядом нет других людей, слышат голоса, видят какие-то вещи или чувствуют запахи, не понимая, откуда они берутся. Случалось с тобой когда-</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	<p>Сведения отсутствуют.</p> <p>Симптом отсутствует.</p> <p>Подпороговая ситуация: есть</p>

<p>нибуть нечто подобное? Слышал ли ты когда-нибудь голоса, когда оставался один? Что ты слышал? Слышал ли ты когда-нибудь, что кто-то звал тебя по имени, когда никого вокруг не было? Что именно ты слышал? Слышал ли ты когда-нибудь музыку в то время, когда другие ее не слышали?</p> <p>Видел ли ты когда-нибудь вещи, которых на самом деле не было? Видел ли ты когда-нибудь тени или другие движущиеся объекты? Ты когда-нибудь видел привидения? Когда? Это происходило только ночью, когда ты пытался уснуть, или это случалось и в дневное время тоже? Что ты видел?</p> <p>Ты когда-нибудь чувствовал необычный запах поблизости? Примечание. Если вы подозреваете присутствие галлюцинаций, прежде чем кодировать этот раздел, постарайтесь понять, насколько пациент верит в реальность галлюцинаций. Для этого используйте предложенный ниже тест.</p> <p>Как ты думаешь, что это было?</p> <p>Считаешь ли ты, что это было лишь в твоём воображении или это существует в действительности?</p> <p>Как ты думаешь: то, что ты видел, слышал и т. д., на самом деле существовало? Что ты делал, когда слышал (видел и т. д.) это? Голоса, которые тебе слышались (или другие галлюцинации), — происходило ли это во время твоего сна или наяву? Может быть, это был сон? Голоса (и т. д.) слышались, когда ты засыпал?</p>	<p>3 3 3</p> <p>В прошлом:</p>	<p>подозрения, что галлюцинации присутствуют; галлюцинации вероятны. Порог: определенно присутствуют.</p> <p>_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.</p>
---	--	--

210

<p>Пробудился? Только в темноте? Случалось ли это и в другое время? Был ли ты болен, была ли у тебя высокая температура, когда это случилось? Пил ли ты пиво, вино, крепкие спиртные напитки, употреблял ли ты наркотики, когда это произошло? Было ли это в твоих мыслях или больше походило на голос (шум) или видение?</p>		
<p>2. Бред</p>	<p>ТЭ</p>	
<p>Ты знаешь, что такое воображение? Расскажи мне. Случалось ли когда-нибудь, что твоё воображение играло с тобой, утраивая тебе всякие шутки (трюки)? Какие шутки (трюки)? Расскажи подробнее об этом. Есть ли у тебя какие-нибудь объяснения этим вещам, о которых ты никому не рассказываешь, потому что боишься, что люди не поймут тебя? Какие объяснения? Ты веришь во что-то такое, во что другие не верят? Во что, например? Расспросите относительно каждого из бредовых утверждений, приведенных ниже.</p> <p>Чувствовал ли ты когда-нибудь, что кто-то хочет причинить тебе вред? Кто? Почему? Считал ли ты себя когда-нибудь важной персоной или великим человеком? Когда ты бывал с незнакомыми людьми, думал ли ты, что они говорят о тебе? Доводилось ли тебе когда-нибудь чувствовать, что с твоим телом что-то происходит? Например, ты мог подумать, что оно гниет изнутри или что с ним происходит что-то очень нехорошее? Был ли ты когда-нибудь убежден в том, что мир идет к своему концу? Как часто ты думал о _____?</p>	<p>0 0 0</p> <p>1 1 1</p> <p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p> <p>В прошлом:</p>	<p>Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: бред подозревается или вероятен. Порог: определенно присутствуют.</p> <p>_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.</p>

_____ Если количество баллов, набранных в результате ответов на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из вышеописанных

211

разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Психотические расстройства (текущее состояние)» в дополнении 2 (психотические расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных в результате ответов на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Психотические расстройства (в прошлом)» в дополнении 2 (психотические расстройства).

_____ Никаких свидетельств наличия психотических расстройств не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих и предыдущих симптомов галлюцинаций и бреда.

IV. Панические расстройства

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Панические атаки (приступы паники)	ТЭ			
<i>Испытывал(а) ли ты когда-нибудь сильный страх, который возникал внезапно и без всякой причины?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Расскажи мне об этом.</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>Первый раз, когда ты испытал подобный приступ паники, что, на твой взгляд, вызвало ее? Было ли это чувство совершенно внезапным? На что это чувство было похоже? Как долго оно продолжалось? После того как это произошло впервые, беспокоила ли тебя мысль о том, что это может повториться?</i>	2	2	2	Подпороговая ситуация: как минимум один неожиданный приступ и как максимум 4 приступа в целом. Пациент не испытывает никаких продолжительных беспокойств по поводу будущих приступов. Никаких изменений в поведении, связанных с приступами.
Если сведения о наличии специфичных симптомов не сообщаются произвольно при описании атак, задайте вопросы о каждом из нижеследующих симптомов. <i>Сопровождающие симптомы:</i> одышка, пульсирующие толчки, боли в груди, тошнота, потемнение в глазах, озноб, ощущение удушья или затрудненного дыхания, головокружение, онемение рук или ног, потливость, дурнота, дрожь, деперсонализация (потеря собственного «я») или дереализация (потеря восприятия реальности), страх перед смертью, страх потери контроля.	3	3	3	Порог: наличие по крайней мере 4 приступов с постоянной тревогой

212

<i>Примечание.</i> Симптомы, продолжающиеся целый день, не учитываются.	<i>В прошлом:</i>	по поводу новых приступов в течение по крайней мере 1 месяца или серьезные изменения в поведении, связанные с приступами. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
---	-------------------	--

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в *каком-либо* из вышеописанных разделов панических атак равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Панические расстройства (текущее состояние)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *каком-либо* из подразделов раздела «Панические атаки» равно 3, то после заполнения отборочного интервью заполните раздел «Панические расстройства (в прошлом)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Никаких признаков наличия панических расстройств не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих симптомов панических расстройств, а также панических переживаний, имевшихся в прошлом.

V. Тревожность, связанная с боязнью разлуки

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Боязнь пагубных событий, которые приведут к жизни отдельно от родителей	ТЭ			

<i>Испытывал ли ты когда-нибудь беспокойство по поводу того, что с тобой может произойти что-то плохое и ты никогда больше не сможешь увидеть своих родителей? Например, что ты потеряешься, тебя похитят, убьют или</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: временами беспокоится. Испытывает
	1	1	1	
	2	2	2	

213

<i>с тобой произойдет несчастный случай? Как сильно ты беспокоишься об этом?</i>	3	3	3	беспокойства сильнее и чаще, чем обычный ребенок в этом возрасте: Порог: частые беспокойства в ситуациях разлуки. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
2. Боязнь неприятностей, которые могут случиться с человеком, к которому привязан ребенок	ТЭ			
<i>Испытывал ли ты когда-нибудь беспокойство по поводу того, что с твоими родителями может произойти что-нибудь плохое? Что, например?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: временами беспокоится. Испытывает беспокойство сильнее и чаще, чем обычный ребенок в этом возрасте. Порог: частые беспокойства, когда приходится разлучаться с родителями. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
<i>Боялся ли ты, что с ними произойдет какое-то несчастье или их убьют? Боялся ли ты, что они уйдут от тебя и никогда не вернутся? Как сильно тебя это беспокоило?</i>	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	
3. Нежелание ходить в школу/отказ	ТЭ			
<i>Был ли когда-нибудь такой период в твоей жизни, когда твоим родителям</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.

214

<i>приходилось заставлять тебя ходить в школу?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: часто не желает идти в школу, но поддается уговорам. Пропускает не больше 1 дня за 2 недели. Порог: интенсивно протестует против посещения занятий в школе, или отправлен домой, или отказывается идти на занятия по крайней мере 1 день в неделю. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
<i>Испытывал(а) ли ты беспокойство по поводу посещения школы? Расскажи мне об этих чувствах. Чего ты боялся(лась)? Ты посещал(а) занятия? Как часто ты пропускал(а) занятия или уходил(а) с занятий раньше?</i>	2	2	2	
<i>Примечание. Кодируются только те случаи, когда школьные занятия игнорировались, чтобы ребенок мог остаться дома с человеком, к которому он(а) испытывал(а) привязанность.</i>	3	3	3	
4. Страх провести ночь вне дома/спать одному/одной	ТЭ			
<i>Боялся(лась) ли ты когда-нибудь, будучи в возрасте старше 4 лет, спать ночью один/одна?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: временами испытывал страх. Страх провести ночь вне своего дома или одному более сильный и частый, чем у обычных детей того же возраста.
<i>Испытывал(а) ли ты страхи, если тебе приходилось оставаться на ночь вне своего дома без родителей?</i>	1	1	1	
	2	2	2	

215

	3	3	3	Порог: часто испытывает страх, попытки избежать спать одному или вне своего
--	---	---	---	---

	<i>В прошлом:</i>			дома. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
5. Боязнь оставаться дома одному (одной)	ТЭ			
<i>С тех пор как тебе исполнилось 4 года, был ли когда-нибудь такой период в твоей жизни, что ты ходил(а) за своей матерью по пятам? Расстраивался(лась) ли ты, если ее не было в той же комнате? Ты когда-нибудь «приклеивался(лась)» к своей матери? Часто ли ты проверял(а), где она и что делает? Всегда ли ты хотел(а) знать, где она? Насколько сильно ты боялся(лась)?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами испытывал страх. Страх остаться одному более сильный и частый, чем у детей того же возраста.
	3	3	3	Порог: «липнет» к матери; испытывает страх, старается избегать оставаться один (одна).
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в каком-либо из вышеописанных разделов равно 3, то вам после завершения отборочного интервью необходимо обратиться к разделу «Тревога разлуки(текущее состояние)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в каком-либо из вышеописанных разделов равно 3, то после окончания отборочного интервью заполните

216

раздел «Тревога разлуки (в прошлом)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Никаких признаков наличия тревожности не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих симптомов *тревоги разлуки*, а также тех симптомов, которые имелись в прошлом.

VI. Тревожные расстройства почве избегания/социофобия

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Уход от контактов	ТЭ			
<i>Многие дети отличаются робостью. Некоторые дети, однако, никогда не «оттаивают» и не чувствуют себя комфортно с людьми, не являющимися членами их семьи. Был(а) ли ты когда-нибудь похож(а) на них? Всегда ли ты нервничал(а) и чувствовал(а) неловкость в присутствии учителя или других детей в школе? А с детьми, жившими по соседству? Некоторые дети очень робеют в присутствии незнакомых им людей. Они чувствуют себя так, словно не могут сказать ни слова. Походил(а) ли ты когда-нибудь на них? Был(а) ли ты так же скован(а), что не мог(могла) вымолвить ни слова? Сколько времени обычно было нужно, чтобы ты освоился? Было ли тебе трудно разговаривать с незнакомым человеком, даже если это был ребенок? Испытывал(а) ли ты такой сильный страх, что не мог(ла) сказать ни слова? Продолжалось ли это у тебя все время?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами чувствует неловкость в присутствии не членов семьи и/или незнакомых людей. Это происходит интенсивнее и чаще, чем у детей того же возраста. Минимальное уменьшение функционирования, если таковое имеется вообще.
	3	3	3	Порог: часто проявляет неловкость в присутствии не членов семьи и/или незнакомых людей. Умеренное или более чем умеренное уменьшение функционирования.

217

	<i>В прошлом:</i>	_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
--	-------------------	---------------------------------------

2. Боязнь социальных ситуаций	ТЭ			
Некоторые дети прямо-таки ненавидят отвечать на вопросы в классе, выступать перед классом, разговаривать со взрослыми и детьми, которых они плохо знают, знакомиться с новыми детьми, заходить в школьный туалет, если там есть другие дети, или есть перед другими детьми. (Задайте вопросы обо всех перечисленных здесь ситуациях.) Вызывало ли у тебя когда-нибудь реальное беспокойство что-либо подобное? Было ли твое беспокойство сильнее, чем у других детей в классе? Почему это тебя беспокоило (например, боязнь сказать какую-нибудь глупость, страх выглядеть посрамленным, боязнь задрожать, задохнуться и пр.)? Это чувство _____ беспокоило тебя сильно или немного? Заставляло ли тебя сильно нервничать, возникало ли у тебя неприятное ощущение в желудке? Заставляло ли _____ тебя плакать? Хотелось ли тебе быть в одиночестве.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами чувствует дискомфорт в одной социальной ситуации или более. Это происходит интенсивнее и чаще, чем у детей того же возраста. Избегания нет.
	3	3	3	Порог: часто испытывает значительный дискомфорт в одной социальной ситуации или более. Ситуации вызывают умеренный дистресс или временами избегаются. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
	В прошлом:			

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы в каком-либо из вышеописанных разделов, равно 3, то продолжите интервью, задавая вопросы (см. ниже).

_____ Если признаки избегания/социофобии отсутствуют и в прошлом не наблюдались, переходите к разделу «Агорафобия и специфичные фобии».

218

К — Критерии; 1 — ТЭ данные, полученные от родителей; 2 — НТЭП данные, полученные от родителей; 3 — ТЭ данные, полученные от ребенка; 4 — НТЭП данные, полученные от родителей; 5 — ТЭ итоговые данные; 6 — НТЭП итоговые данные

	К	1	2	3	4	5	6
3. Отношения со знакомыми людьми Любишь ли ты находиться с членами своей семьи и другими людьми, которых ты знаешь? Какие у тебя отношения с твоими родителями? С твоими братьями? Сестрами? Некоторые дети не любят быть с другими людьми, с теми, кого они не знают достаточно хорошо, или даже с другими детьми. Похоже ли это на тебя? Есть ли люди, с которыми тебе нравится быть или с которыми ты хотел бы чувствовать себя комфортно? Есть ли у тебя лучший друг или 1—2 товарища, с которыми ты любишь проводить время? Боишься ли ты чего-нибудь или нервничаешь в присутствии _____? Что ты любишь делать	Желает общения со знакомыми людьми	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

вместе с ними(ним)?							
4. Продолжительность Укажите даты:	6 месяцев или дольше	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Трудности (нарушения) общения							

219

а) в обществе сверстников:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
б) в семье:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
в) в школе:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
г) сильная тревожность/слезы/вспышки раздражения	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
д) избегание общения	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Впечатления интервьюирующего (объяснить):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	ТЭ, итоговые данные	НТЭП, итоговые данные
7. Признаки расстройства детского возраста в виде избегания (только по критериям DSM-III) 1) Чрезмерное сокращение контактов с незнакомыми людьми. 2) Достаточно выраженное, чтобы влиять на социальное функционирование. 3) Желание иметь дело только со знакомыми людьми (членами семьи и сверстниками); свидетельства о теплых отношениях с этими знакомыми людьми. 4) Длительность нарушения в течение 6 (или более) месяцев.	0 1 2	0 1 2
8. Признаки социальной фобии (критерии по DSM-III-R и DSM-IV) 1) Выраженный и стойкий страх одной социальной ситуации или более. 2) Вынужденное присутствие в нежелательных ситуациях провоцирует тревогу. Эта тревожность	0 1 2	0 1 2

220

может выражаться в форме плача или поведенческих истерик. 3) Социальные ситуации вызывают страх, вызываются или сопровождаются тревогой. 4) У детей должна присутствовать способность к социальному общению со знакомыми и тревожность должна возникать в ситуациях общения со сверстниками, а не только при общении со взрослыми.		
--	--	--

VII. Агорафобия и специфические фобии

(Дайте оценку лишь наиболее интенсивным фобиям)

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Тревога	ТЭ			
Специфичные страхи. <i>Испытывал(а) ли ты когда-нибудь настоящий страх перед толпой? Боялся(ась) ли ты выходить на улицу, на мост или ездить в автобусе, поезде или автомобиле?</i> <i>Испытывал(а) ли ты когда-нибудь настоящий страх при виде собак, лошадей, насекомых, высоты, лифтов, метро, темноты.</i> (Задайте вопросы обо всех приведенных здесь ситуациях.) <i>Боялся(боялась) ли ты каких-нибудь других вещей?</i> Агорафобия. <i>Что ты скажешь по поводу нахождения в переполненном народом месте или в толпе одному? Боялся ли ты когда-нибудь пойти в большой магазин или другое место? Что ты скажешь по поводу нахождения на мосту или поездок в машине, автобусе или поезде?</i> <i>Насколько _____ пугает тебя? Приводит ли это к</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: страх перед раздражителем или ситуацией сильнее, чем у обычного ребенка того же возраста. Страх ассоциируется только с легкими временными симптомами дистресса. Порог: страх перед раздражителем или ситуацией ассоциируется с умеренными, вплоть до сильных, симптомами

расстройству твоего желудка или учащенному сердцебиению? Как долго _____ продолжается? Боишься ли ты _____ сильнее, чем любой из твоих друзей?	дистресса.
--	------------

221

	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
2. Избегание раздражителей	ТЭ			
Случалось ли когда-нибудь так, что твой страх мешал тебе что-то сделать? Пытался(лась) ли ты избежать _____? Случалось ли, что ты мог(ла) _____? Если кто-нибудь был с тобой, мог(ла) бы ты _____?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: минимальное или непостоянное избегание.
	3	3	3	Порог: постоянное избегание раздражителей или ситуаций, которые нагоняют страх.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

Укажите самые интенсивные страхи: _____

Укажите прочие страхи: _____

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Агорафобия и специфичные страхи (текущее состояние)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом, в каком-либо из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Агорафобия и специфичные страхи (в прошлом)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Признаков наличия агорафобии и специфичных страхов не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих и предшествующих симптомов агорафобии или расстройств на почве специфичных страхов.

222

VIII. Повышенная тревожность/генерализованное тревожное расстройство

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Неоправданные беспокойства о будущем	ТЭ			
Случалось ли, что ты когда-нибудь беспокоился(лась) о чем-нибудь прежде, чем это случилось? Считаешь ли ты, что ты беспокоился(лась) больше, чем другие дети твоего возраста? Можешь ли ты привести примеры? Говорил ли тебе кто-нибудь, что ты человек, который мучается опасениями? Знаешь ли ты, почему это было сказано тебе? <i>Примечание.</i> Если ребенок приводит примеры своих беспокойств, касающиеся только людей, к которым он сильно привязан, или представляющих собой его простые фобии, этот раздел не кодируется. Кодировать только в том случае, если ребенок беспокоится относительно множественных вещей.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: частые и довольно чрезмерные волнения (по крайней мере 3 раза в неделю) по поводу ожидаемых событий или текущего поведения.
	3	3	3	Порог: большинство дней недели чрезмерно обеспокоен по крайней мере двумя различными жизненно важными обстоятельствами, ожидаемыми событиями или текущим поведением.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

2. Соматические жалобы	ТЭ			
Было ли в твоей жизни время, когда ты много болел(а)?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Много ли ты пропускал(а) занятий в школе, спортивных	1	1	1	Симптом отсутствует.

223

и других мероприятий из-за того, что ты плохо себя чувствовал(а)? Был ли у тебя такой период, когда возникали какие-либо боли? Болели ли у тебя голова, желудок, ноги, спина? Какие-нибудь другие проблемы? Каждый день? Иногда? Когда у тебя болел _____? Утром, вечером, в выходные дни? Только в дни школьных занятий?	2	2	2	Подпороговая ситуация: симптомы/жалобы возникают временами. Симптомы/жалобы более выражены и возникают чаще, чем у типичного ребенка того же возраста.
Примечание. Раздел не кодируется, если данные касаются только ситуаций отдельного от родителей проживания ребенка или его отказа посещать школу.	3	3	3	Порог: частые симптомы/жалобы (более 1 раза в неделю), которые до некоторой степени становятся проблемой.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

3. Повышенное самоосознание	ТЭ			
Некоторые дети чрезвычайно беспокоятся о том, что о них думают другие люди. Относится ли это к тебе?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Случалось ли так, что, прежде чем сказать что-то вслух, ты обдумывал(а) то, что собирался(лась) сказать?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Беспокоило ли тебя, что другие люди думали, будто ты глуп(а) или что ты поступил(а) смешно?	2	2	2	Подпороговая ситуация: часто (по крайней мере 3 раза в неделю) беспокоится о том, что о нем думают другие.
	3	3	3	Порог: большинство дней в неделю беспокоится о том, что о нем думают другие.

224

	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
4. Выраженное ощущение напряжения/неспособность расслабиться	ТЭ			
Чувствовал(а) ли ты себя когда-нибудь словно «натяннутая струна» или, иными словами, испытывал(а) ли ты напряженность?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Словно ты никак не мог(ла) расслабиться, даже если бы и пытался(лась)? Нервничал(а) ли ты когда-нибудь так сильно, что не мог(ла) сидеть спокойно? Часто ли ты чувствуешь себя нервным или «на грани» этого?	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: часто нервничает/тревожится (чаще 1 раза в неделю), это до некоторой степени превращается в проблему.
	3	3	3	Порог: большинство дней в неделю нервничает/тревожится.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Сверхтревожность/общая тревожность (текущее состояние)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом, в каком-либо из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Сверхтревожность/общая тревожность (в прошлом)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Признаков наличия повышенной тревоги/генерализованного тревожного расстройства не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих эпизодов повышенной тревоги/генерализованного тревожного расстройства, а также тех эпизодов, которые переживались в прошлом.

225

IX. Синдром навязчивых идей и поступков

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Навязчивое поведение	ТЭ			
Рецидивирующее, навязчивое, повторяющееся целенаправленное поведение, вызываемое навязчивой идеей или следующее определенным правилам; или действия, совершаемые по определенному стереотипу, которые вызывают дистресс, подрывают здоровье и которые пациент почти не может контролировать.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Ловил(а) ли ты когда-нибудь себя на том, что ты вновь и вновь проделывал(а) какие-то вещи, кажущиеся неразумными, или что-нибудь такое, что ты не мог не повторять, например трогал вещи, считал их, мыл много раз руки или проверял, заперты ли замки, или еще что-нибудь? Было ли что-нибудь такое, что тебе всегда хотелось делать одним и тем же способом или каким-то особым образом? Были ли у тебя когда-нибудь проблемы с завершением домашнего задания потому, что ты должен(на) был(а) читать и вновь перечитывать условия задания или потому, что ты писал(а) и переписывал(а) задание вновь и вновь? Были ли у тебя когда-нибудь проблемы с приходом в школу вовремя к началу занятий из-за того, что утром ты тратишь много времени на сборы? Если ты допускал(а) ошибку в своем домашнем задании, приходилось ли тебе начинать все сначала? Когда ты отправлялся(лась) спать, приходилось ли тебе проверять что-нибудь несколько раз, прежде чем ты засыпал? Чувствовал ли ты необходимость положить все вещи у себя в комнате особым образом? Делали ли другие</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: заболевание подозревается и вполне вероятно.
	3	3	3	Порог: очевидные навязчивые поступки, которые некоторым образом воздействуют на функционирование или вызывают дистресс.
	В прошлом:			<input type="checkbox"/> Род. <input type="checkbox"/> Реб. <input type="checkbox"/> Шк.

226

люди какие-нибудь замечания по поводу этих привычек?				
2. Навязчивые идеи	ТЭ			
Повторяющиеся и навязчивые идеи, побуждения или образы, которые вызывают дистресс и ухудшают самочувствие и которые пациент почти не может контролировать.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Докучали ли тебе когда-нибудь мысли, «картины» или слова, которые постоянно к тебе возвращались безо всякой причины и от которых ты не мог(ла) избавиться? Беспокоили ли тебя когда-нибудь грязь или микробы на твоих руках, или волновался(лась) ли ты насчет того, что можешь заболеть от грязи и микробов? Беспокоился(лась) ли ты когда-нибудь потому, что хотел(а) добиться совершенства, делая что-то, или уравнивая что-то, или организуя вещи определенным образом?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>Были ли у тебя мысли о том, что может произойти что-то плохое или что ты сделал нечто ужасное, даже если ты знал, что это не так? Есть ли у тебя еще какие-нибудь мысли, которые постоянно крутятся в твоей голове? Как насчет «дурацких» мыслей, слов или чисел, которые не уходят прочь? Как часто ты думаешь о них? Похожи ли они на икоту, которая никак не проходит и повторяется вновь и вновь? Надоедают ли тебе эти мысли? Кажутся ли они тебе лишними смысла? Отвлекают ли тебе эти мысли? Мешают ли они тебе заниматься другими вещами?</i>	2	2	2	Подпороговая ситуация: заболевание подозревается и вполне вероятно.
<i>Примечание. Не кодировать положительно идеи, имеющие бредовый характер или относящиеся к другому кругу заболеваний (Axis I), например мысли о еде при наличии расстройства поведения, связанного с едой, мысли о</i>	3	3	3	Порог: явные навязчивые идеи, некоторым образом сказывающиеся на функционировании и ухудшении самочувствия.
	В прошлом:			<input type="checkbox"/> Род. <input type="checkbox"/> Реб. <input type="checkbox"/> Шк.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в *одном* из вышеописанных разделов — навязчивые идеи или навязчивые поступки — равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Синдром навязчивых идей и поступков (текущее состояние)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *одном* из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Синдром навязчивых идей и поступков (в прошлом)» в дополнении 3 (тревожные расстройства).

_____ Признаков наличия синдрома навязчивых идей и поступков не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих симптомов *синдрома навязчивых идей и поступков*, а также симптомов, имевшихся в прошлом.

Х. Энурез (недержание мочи)

1) Повторяющееся непроизвольное мочеиспускание

Со многими детьми случается так, что они мочатся в постель во время ночного сна. *Случалось ли это когда-нибудь с тобой? Случалось ли это с тобой в дневное время? Имели ли место такие инциденты, когда ты очень сильно смеялся или чихал?*

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Ночью	ТЭ			
<i>Как часто это случалось с тобой ночью?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Указать</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	От 1 до 4 раз в месяц в течение 3 месяцев или более.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род.
				_____ Реб.
				_____ Шк.
2. Днем	ТЭ			
<i>Как часто это случалось с тобой днем?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Указать</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.

	2	2	2	От 1 до 4 раз в месяц в течение 3 месяцев или более.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род.
				_____ Реб.
				_____ Шк.
3. В итоге	ТЭ			
<i>Оцените частоту случаев непроизвольного мочеиспускания в ночное и дневное время.</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Указать</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	От 1 до 4 раз в месяц в течение 3 месяцев или более.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род.
				_____ Реб.
				_____ Шк.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в *одном* из вышеописанных разделов «Недержание мочи» равно 2 или больше 2, то переходите к вопросам на следующей странице.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *одном* из вышеописанных разделов «Недержание мочи» равно 2 или больше 2, то переходите к вопросам ниже.

_____ Если случаев недержания мочи не имеется, переходите к вопросам в разделе «Недержание кала».

2) Дистресс

Как ты обычно поступал(а), когда с тобой случались подобные неприятные инциденты? Говорил(а) ли ты об этом маме? Своей учительнице? Что они делали? Знали ли дети в школе, что у тебя иногда такое случалось? Насколько тебя беспокоили эти происшествия?

Возникавшие трудности (дома, в школе, в общении со сверстниками)

Продолжительность (указать)

229

- *Критерии для диагноза энуреза (DSM-III)*

1. Повторяющиеся непроизвольные мочеиспускания дважды в месяц для детей 5—6 лет и по крайней мере 1 раз в месяц для детей 7 лет и старше.
2. Хронологический возраст ребенка по крайней мере 5 лет, умственное развитие по крайней мере 4-летнего ребенка.
3. Происходит не из-за физических заболеваний, таких как диабет инфекция мочевыводящих путей или судорожное расстройство.

- *Критерии для диагноза энуреза (DSM-IV)*

Такие же, как описаны выше в *DSM-III*, за исключением того, что поведение считается клинически значимым по частоте инцидентов (дважды в неделю в течение по крайней мере 3 месяцев подряд) или при наличии клинически выраженного дистресса либо ухудшения общего функционирования.

1. Отвечает критериям *DSM-III* для диагноза энуреза (текущий эпизод).
2. Отвечает критериям *DSM-III* для диагноза энуреза (в прошлом).
3. Отвечает критериям *DSM-IV* для диагноза энуреза (текущий эпизод).
4. Отвечает критериям *DSM-IV* для диагноза энуреза (в прошлом).

Примечание. Запишите даты текущих и прошлых эпизодов энуреза.

XI. Энкопрез (недержание кала)

1) Повторяющееся отхождение кала

С некоторыми детьми случаются неприятные инциденты, когда во время ночного сна они пачкают постель. Случалось ли это когда-нибудь с тобой? Бывало ли так, что в течение дня с тобой происходили такие неприятные инциденты и ты ходил(а) в туалет прямо в трусы? Случалось ли это, когда ты был(а) сильно испуган(а) или по каким-то причинам не мог(ла) найти туалет, когда тебе было нужно?

Примечание. Кодировать, только если на нижнем белье пациента оставались пятна кала.

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Ночью	ТЭ			
Как часто это случалось с тобой ночью?	0	0	0	Сведения отсутствуют.

Указать		
230		
	1 1 1 2 2 2 3 3 3 <i>В прошлом:</i>	Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: 6—11 раз в году. Порог: 1 раз в месяц или более. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
2. Днем	ТЭ	
Как часто это случалось с тобой днем?	0 0 0	Сведения отсутствуют.
Указать	1 1 1 2 2 2 3 3 3 <i>В прошлом:</i>	Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: 6—11 раз в году. Порог: 1 или более раз в месяц. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. В итоге	ТЭ	
Оцените общее число ночных и дневных эпизодов непроизвольного калоиспускания в ночное и дневное время.	0 0 0	Сведения отсутствуют.
Указать	1 1 1 2 2 2 3 3 3 <i>В прошлом:</i>	Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: 6—11 раз в году. Порог: 1 раз в месяц или более. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

231

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в *одном* из вышеописанных разделов «Энкопрез» больше или равно 2, то переходите к вопросам ниже.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *одном* из вышеописанных разделов «Энкопрез» больше или равно 2, то переходите к вопросам ниже.

_____ Если случаев энкопреза не имеется, переходите к вопросам раздела «Неврогенная анорексия».

2) Дистресс

Как ты обычно поступал(а), когда с тобой случались подобные неприятные инциденты? Говорил(а) ли ты маме? Своей учительнице? Что они делали? Знали ли дети в школе, что у тебя иногда случались инциденты? Насколько тебя беспокоили эти происшествия?

Возникавшие трудности (дома, в школе, в общении со сверстниками)

Продолжительность (указать)

- Критерии для диагноза энкопреза (DSM-III)

1. Повторяющиеся непроизвольные отхождения кала один раз в месяц или чаще в течение 6 месяцев или дольше.
2. Возраст и умственное развитие ребенка по крайней мере 4 года.
3. Происходит не из-за физических заболеваний, таких как диабет, инфекция мочеиспускательного канала или эпилепсия.

• *Критерии для диагноза энкопреза (DSM-IV)*

Такие же, как описаны выше в *DSM-III*, за исключением того, что поведение считается клинически важным в том случае, если продолжается в течение 3 месяцев или больше.

_____ Отвечает критериям *DSM-III* для диагноза энкопреза (текущий эпизод).

_____ Отвечает критериям *DSM-III* для диагноза энкопреза (в прошлом).

_____ Отвечает критериям *DSM-IV* для диагноза энкопреза (текущий эпизод).

_____ Отвечает критериям *DSM-IV* для диагноза энкопреза (в прошлом).

Примечание. Запишите даты текущих и прошлых эпизодов энкопреза.

232

XII. Неврогенная анорексия

Чтобы получить сведения о том, как респондент привык питаться, этот раздел следует начать с краткого интервью (2—3 минуты) о его/ее обычном рационе:

Считаешь ли ты себя слишком толстым(ой)? Хотелось ли тебе когда-нибудь быть более худым(ой)? Был(а) ли ты когда-нибудь на какой-нибудь диете? Какой у тебя был вес? Какой вес ты хотел(а) бы иметь? Если бы ты похудел(а) до желаемого веса, что, по-твоему, изменилось бы в твоей жизни?

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Боязнь ожирения	ТЭ			
<i>Боялся(лась) ли ты когда-нибудь стать толстым?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Считал(а) ли ты себя толстым?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>Весил(а) ли ты когда-нибудь больше нормы? Следил(а) ли ты за тем, что ты ешь, и думал(а) ли ты постоянно о том, что ты ешь? Боялся(лась) ли ты есть определенные продукты, потому что ты думал(ла), что поправишься из-за них? Какие продукты? Сколько времени ты проводил(а), думая о еде и беспокоясь о том, чтобы не поправиться? Если ты видел(а), что поправился на 0,5—1 кг, менял(а) ли ты свой привычный рацион? Устраивал(а) ли ты себе разгрузочный день или предпринимал(а) что-либо другое?</i>	2	2	2	Предпороговая ситуация: интенсивная и продолжающаяся боязнь стать толстым, которая не дает респонденту здраво смотреть на свой предыдущий и настоящий вес, воспринимать увещания и пр. Страхи оказывают умеренное воздействие на поведение и/или функционирование (т. е. методы похудения применяются по крайней мере раз в месяц, но меньше чем раз в неделю).

233

	3	3	3	Порог: интенсивная и продолжающаяся боязнь стать толстым, оказывающая серьезное воздействие на поведение и/или функционирование (т. е. респондент постоянно беспокоится о своем весе или раз в неделю или чаще применяет методы, направленные на похудение).
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб.

				Шк.
2. Истощенность	ТЭ			
Вес пациента ниже нормального по отношению к его/ее росту (см. табл.). Если в результате наблюдения у интервьюирующего возникает подозрение, что истощение присутствует, нужно взвесить ребенка и сверить его/ее вес с таблицей. Если есть сомнения, не спрашивайте, просто взвесьте ребенка.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Предпороговая ситуация: вес составляет 90% от идеального по таблице.
	3	3	3	Порог: вес составляет 85% от идеального.
<i>Примечание.</i> Этот раздел не кодируется, если потеря веса объясняется медицинским состоянием.	<i>В прошлом:</i>			<input type="checkbox"/> Род. <input type="checkbox"/> Реб. <input type="checkbox"/> Шк.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните

234

раздел «Неврогенная анорексия (текущее состояние)» в дополнении 5 (алкоголизм и наркомания).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Неврогенная анорексия» (в прошлом)» в дополнении 5 (злоупотребление наркотическими веществами и другие болезни).

_____ Признаков наличия неврогенной анорексии не имеется.

XIII. Булимия (повышенный аппетит на нервной почве)

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Методы похудения	ТЭ			
Принимал(а) ли ты когда-нибудь таблетки с целью контроля своего веса? Принимал(а) ли ты когда-нибудь слабительные или мочегонные средства, чтобы похудеть?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Вызывал(а) ли ты у себя рвоту? Делал(а) ли ты зарядку или занимался(лась) спортом больше, чем обычно, чтобы похудеть?	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация.
	3	3	3	Порог.
Как долго? Сколько часов в день? Устраиваешь ли ты себе периоды продолжительностью по крайней мере в 1 день в неделю, когда ты пьешь жидкость, не содержащую калорий (чай, диетическую пепси-колу, кофе, воду)?				

- Коды
 - 0 — сведения отсутствуют
 - 1 — симптом отсутствует
 - 2 — менее 1 раза в неделю
 - 3 — один раз в неделю или более

1 — ТЭ данные родителей; 2 — НТЭП данные родителей; 3 — ТЭ данные ребенка; 4 — НТЭП данные ребенка; 5 — ТЭ итоговые данные; 6 — НТЭП итоговые данные

	1	2	3	4	5	6
а) Применение диетических лекарств	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Применение слабительных	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

235

в) Применение мочегонных	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Вызывание рвоты	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Чрезмерные занятия спортом	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

е) <i>Принятие некалорийных напитков в течение недели или дольше</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) <i>Комбинирование методов снижения веса</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

	Род.	Реб.	Шк.	
2. Приступы обжорства	ТЭ			
Повторяющиеся эпизоды неконтролируемого, чрезмерного, быстрого поглощения высококалорийной, легкоусвояемой пищи, продолжающиеся самое большее несколько часов (во время которых респондент прячется и которые заканчиваются болью в животе, рвотой или засыпанием). Эпизоды могут сопровождаться подавленным настроением и сниженной самооценкой. Обычно во время подобных приступов потребляется по крайней мере 3000 калорий или более.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Набрасывал(ась) ли ты когда-нибудь на еду? Случались ли у тебя когда-нибудь «приступы обжорства»? Сколько ты съедал(а) всего за один раз? Случалось ли так, что за один раз ты съедал(а) столько, что тебе потом было плохо? Как часто это происходило?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>(Установите все описанные выше подробности.) Что вызывало приступы обжорства? Что ты обычно ел(а) в такие моменты? Какой пищи ты съедал(а) больше всего? Вызывал(а) ли ты у себя когда-нибудь рвоту после еды? Как ты себя чувствовал(а) после приступов</i>	2	2	2	Подпороговая ситуация: приступы обжорства случаются реже одного раза в неделю.
	3	3	3	Порог: приступы обжорства случаются раз в неделю или чаще.
	<i>В прошлом:</i>			Род. Реб. Шк.

236

<i>обжорства? Обьедался(ась) ли ты в одиночку или с другими людьми? Знали ли другие люди, что ты объедаешься?</i> <i>Примечание.</i> Приступы обжорства кодируются в этом разделе, только если они представляют собой патологию (т. е. они возникают втайне от членов семьи и сверстников с последующим подавленным настроением и/или вызыванием рвоты). Не учитывайте типичные подростковые сборища с обильной пищей (т. е. выход с друзьями в пиццерию и кафе-мороженое).		
--	--	--

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из разделов — «Методы похудения» или «Приступы обжорства» — равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Повышенный аппетит на нервной почве (текущее состояние)» в дополнении 5 (прочие заболевания).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом, в каком-либо из разделов — «Методы похудения» или «Приступы обжорства» — равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Повышенный аппетит на нервной почве (в прошлом)» в дополнении 5 (прочие заболевания).

_____ Признаков повышенного аппетита не имеется.

Примечание. Запишите даты возможных текущих и предшествующих фактов повышенного аппетита на нервной почве.

XIV. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Определите возраст ребенка, когда впервые были замечены признаки СДВГ. Если симптом отмечается с раннего детства, при заполнении настоящей шкалы используйте наиболее интенсивный по силе эпизод, имевший место в течение прошлого года. Симптом кодируется как отсутствующий в прошлом (в графе «Симптом отсутствует»), если предшествующий эпизод данной симптоматики

имел место 6 или более месяцев назад и с тех пор ребенок не имел проблем, связанных с ДВГ.

Провоцирующие вопросы: В течение какого времени _____ является проблемой? С детского сада? С первого класса? Началась ли эта проблема еще раньше?

237

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Трудности при необходимости сосредоточить внимание на учебных или каждодневных задачах или игровой деятельности	ТЭ			
Было ли тебе когда-нибудь трудно сосредоточивать внимание в школе? Влияло ли это на твою успеваемость?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Были ли у тебя из-за этого неприятности? Когда ты делал(а) домашние задания, отвлекался(лась) ли ты в своих мыслях? Отвлекался(лась) ли ты, когда играл(а)? Забывал(а) ли ты когда-нибудь сделать ход в свою очередь?	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами испытывает трудности при необходимости сосредоточить внимание на заданиях или игровой деятельности. Проблема оказывает лишь минимальное влияние на функционирование.
Примечание. Баллы выставляются на основе данных, полученных от информанта или в результате наблюдения.	3	3	3	Порог: ребенок часто испытывает трудности при необходимости сосредоточить внимание. Влияние, оказываемое проблемой на функционирование ребенка, колеблется от умеренного до сильного.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

238

2. Ребенок легко отвлекается	ТЭ			
Было ли у тебя когда-нибудь такое, что после небольшого отвлечения тебе было очень трудно сосредоточиться, удерживать свое внимание на том, что ты делал(а)?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Например, если какой-нибудь ребенок в классе задавал вопрос в то время, как весь класс спокойно работал, было ли потом трудно сосредоточиться на том, что ты делал, удерживать внимание на своей работе? Если вдруг случалась какая-нибудь помеха, например звонил телефон, было ли тебе трудно вернуться к тому, что ты делал(а) до этого? Было ли когда-нибудь так, что ты мог(могла) удерживать свое внимание на том, что ты делал(а), и небольшой шум и прочие вещи не беспокоили тебя? Как часто они были проблемой?	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами ребенок проявляет забывчивость. Проблема оказывает минимальное воздействие на функционирование ребенка.
Примечание. Баллы выставляются на основе данных, полученных от информанта или в результате наблюдения.	3	3	3	Порог: внимание ребенка часто прерывается небольшими вмешательствами, которые обычно игнорируются другими детьми. Влияние, оказываемое проблемой на функционирование ребенка, колеблется от умеренного до сильного.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. Ребенку трудно усидеть на месте	ТЭ			
Случалось ли с тобой когда-нибудь, что ты частенько вскакивал(а) со своего места в школе? Доставалось ли тебе за это? Было ли тебе трудно усидеть на одном месте? А в обеденное время?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами

<i>Примечание.</i> Баллы выставаются на основе данных, полученных от информанта или в результате наблюдения.	<div>3 3 3</div> <div>В прошлом:</div>	ребенок импульсивен. Проблема оказывает лишь минимальное воздействие на общий уровень функционирования ребенка. Порог: трудно усидеть на одном месте. Влияние, оказываемое проблемой на общий уровень функционирования ребенка, колеблется от умеренного до сильного. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
4. Импульсивность	ТЭ	
<i>Ты сначала делаешь, а потом думаешь или сначала думаешь, а потом делаешь? Случалось ли когда-нибудь, что подобное поведение (сначала делаешь, а потом думаешь) было причиной неприятностей? Приведи несколько примеров.</i>	<div>0 0 0</div> <div>1 1 1</div> <div>2 2 2</div> <div>3 3 3</div>	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: временами ребенок импульсивен. Проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка. Порог: ребенок часто бывает импульсивен. Влияние, оказываемое проблемой

	<div>В прошлом:</div>	на функционирование ребенка, колеблется от умеренного до сильного. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
--	-----------------------	---

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из вышеприведенных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Синдром дефицита внимания и гиперактивности (текущее состояние)» в дополнении 4 (поведенческие отклонения).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом, в каком-либо из вышеприведенных разделов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Синдром дефицита внимания и гиперактивности (в прошлом)» в дополнении 4 (поведенческие отклонения).

_____ Признаков дефицита внимания не имеется.

Примечание. Запишите даты текущих и прошлых симптомов заболевания дефицита внимания и гиперактивности.

XV. Синдром оппозиционного поведения

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Вспыльчивость	ТЭ			
<i>Случалось ли с тобой когда-нибудь так, что ты легко раздражался(лась) и терял(а) самообладание? Быстро ли ты вышел из себя?</i> <i>Как часто ты злился, становился(лась) раздражительным(ой) и терял(а) самообладание? Как ты себя вел(а) во время вспышки раздражения? Что ты</i>	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div>	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div>	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div>	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: временами у ребенка случаются вспышки раздражительности. Эти

делал(а)?				вспышки являются более сильными и частыми, чем
241				
	3	3	3	у обычного ребенка того же возраста. Порог: сильные вспышки раздражительности 2—5 раз в неделю. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
	В прошлом:			
2. Много спорит со взрослыми	ТЭ			
Случалось ли с тобой когда-нибудь, что ты много спорил(а) со взрослыми? Со своими родителями или учителями?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
О чем ты спорил(а) с ними?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Много ли ты возражал(а) им?	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами спорил с родителями и/или учителями.
Насколько нелицеприятными и безобразными были эти словесные перепалки?				Споры имели более частый и агрессивный характер, чем обычно у детей того же возраста.
Вступал(а) ли ты с ними в спор?	3	3	3	Порог: часто спорил с родителями и/или учителями. Ежедневно или почти ежедневно.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. Частое несоблюдение правил	ТЭ			
Случалось ли тебе когда-нибудь попадать в неприятную ситуацию дома или в школе из-за того, что ты не соблюдал(а) правила?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
242				
Были ли у тебя неприятности со школьными учителями? Из-за чего? Сердились ли на тебя родители за то, что ты не выполнял(а) свои обязанности по дому или не соблюдал(а) какие-нибудь другие семейные правила? Как часто это случалось? Как часто ты уваливал(а) от обязанностей, не попадая при этом в неприятную ситуацию и не будучи пойманным(ой) за руку?	2	2	2	Подпороговая ситуация: временами ребенок противится или отказывается выполнять просьбы взрослых или соблюдать правила (например, отказывается выполнять обязанности по дому). Бывает непослушен гораздо чаще, чем обыкновенный ребенок того же возраста.
	3	3	3	Порог: ребенок часто противится или отказывается выполнять просьбы взрослых или соблюдать правила. Ежедневно или почти ежедневно.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из вышеприведенных пунктов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Синдром оппозиционного поведения (текущее состояние)» в дополнении 4 (поведенческие расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом, в каком-либо из вышеприведенных пунктов равно 3, то после

завершения отборочного интервью заполните раздел «Синдром оппозиционного поведения (в прошлом)» в дополнении 4 (поведенческие отклонения).

243

_____ Признаков наличия синдрома оппозиционного поведения не имеется.

XVI. Расстройства поведения

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Вранье	ТЭ			
Случалось ли когда-нибудь, что ты лгал(а) своим друзьям? Учителю? Родителям?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Тебя называли когда-нибудь лгуном/лгуньей? Почему?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Расскажи, о чем ты врал(а)? Расскажи мне о самом нехорошем, о чем ты когда-либо соврал(а)? Ты говорил(а) неправду для того, чтобы другие люди сделали для тебя что-нибудь?	2	2	2	Подпороговая ситуация: ребенок временами говорит неправду. Обманывает чаще, чем обычно дети того же возраста.
Ты говорил(а) неправду, чтобы не отдавать назад деньги или иные вещи, которые ты был(а) должен(а) другим? Называли ли тебя когда-нибудь обманщиком? Были ли какие-нибудь жалобы на то, что ты часто не сдерживал(а) своих обещаний? Как часто ты обманывал(а)?	3	3	3	Порог: ребенок часто говорит неправду, много раз в неделю или чаще.
Примечание. В этом разделе кодируется поведение, только если подтверждается вранье с целью обмана или «надувательства».	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
2. Пропулы	ТЭ			
Были ли когда-нибудь такие случаи, чтобы ты убежал(а) с уроков и прогуливал(а) целый школьный день? Куда ты уходил(а)?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Ты когда-нибудь уходил(а) из школы до конца занятий, хотя это было и не положено? Приходил(а) ли ты на занятия позже? Пропускал(а) ли ты уроки по утрам, опаздывая в школу? Как часто это случалось?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Для подростков: Сколько тебе было лет, когда ты начал убежать с уроков?	2	2	2	Подпороговая ситуация: прогуливание уроков — это единичный инцидент.
Примечание. Пропулы занятий кодируются только в том случае, если ребенок	3	3	3	Порог: ребенок прогуливает занятия много раз, систематически.
<div>244</div>				
стал этим заниматься до того, как ему исполнилось 13 лет.	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. Учинение драк	ТЭ			
Случалось ли тебе когда-нибудь попасть в настоящие драки?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Кто обычно был их зачинщиком? Какой была самая жестокая драка, в которую ты когда-либо попал(а)?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Что произошло? Кто-нибудь пострадал? С кем ты обычно дрался(ась)? Ты когда-нибудь ударил(а) учителя? Кого-нибудь из своих родителей? Другого взрослого? Как часто ты дрался(ась)? Пытался(лась) ли ты или хотел(а) ли ты когда-нибудь кого-нибудь убить? Состоишь ли ты или кто-то из твоих друзей в какой-либо уличной банде? Как она называется? _____	2	2	2	Подпороговая ситуация: ребенок дерется только со своими сверстниками. Ни одна из драк не закончилась увечьями (т. е. не требовалось никакого медицинского вмешательства — наложения швов и пр.).
Сделайте пометку при наличии намерения совершения убийства. _____	3	3	3	Порог: имеются сообщения об участии ребенка в многочисленных драках, из которых одна или несколько драк закончились причинением серьезных увечий сверстникам. Или имеются сведения по крайней мере об одной драке со взрослым (например, учителем или родителем).
Сделайте пометку, если имеются сведения об участии в уличной банде.	<i>В прошлом:</i>			_____ Род.

				Реб. Шк.
245				
4. Хулиганство (третирует или запугивает других)	ТЭ			
<i>Случалось ли когда-нибудь, что какие-то дети действовали тебе на нервы? Делал(а) ли ты иногда что-нибудь, чтобы отомстить им? Что, например? Обзывал(а) ли их нехорошими словами? Грозился(лась) избить их? Толкался(лась)? Подставлял(а) им подножку? Вышибал(а) книжки у них из рук? Неожиданно появлялся(лась) у них из-за спины и давал(а) им пощечину или делал(а) что-то, что было им неприятно? Как часто ты проделывал(а) это?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: хулиганил(а), угрожал(а) или запугивал(а) других 1 или 2 раза. Порог: хулиганил(а), угрожал(а) или запугивал(а) других 3 раза или чаще. ____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	
	<i>В прошлом:</i>			
5. Воровство без нападения на людей	ТЭ			
<i>Украл(а) ли ты что-нибудь в прошлом году? Какая самая дорогая вещь, которую ты украл(а)? Какие другие вещи ты украл(а)? У кого? В каких магазинах? Украл(а) ли ты когда-нибудь игрушку в магазине? Деньги у своей мамы? Что-нибудь еще? Как часто ты воровал(а)? Примечание. Учитывается только крупная кража (например, в 100 рублей или больше).</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: украл только 1 раз без столкновения с жертвой. Порог: воровал 2 или несколько раз без столкновения с жертвой. ____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	
	<i>В прошлом:</i>			

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о текущем состоянии ребенка, в каком-либо из вышеприведенных пунктов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Поведенческие расстройства (текущее состояние)» в дополнении 4 (поведенческие отклонения).

246

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка в прошлом, в каком-либо из вышеприведенных пунктов равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Поведенческие расстройства (в прошлом)» в дополнении 4 (поведенческие отклонения).

_____ Признаков наличия поведенческих расстройств не имеется.

XVII. Тики

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Моторные тики	ТЭ			
<i>Замечал(а) ли ты когда-нибудь, что твои мышцы двигались не так, как тебе хотелось бы, или не так, как ты ожидал(а)? Например, брови поднимались вверх (нужно продемонстрировать), веки моргали сами по себе (нужно продемонстрировать), нос подергивался (продемонстрировать), подрагивали плечи (продемонстрировать)? Мигали ли у тебя глаза настолько часто или сильно, что ты не мог(ла) остановить их? Примерно как часто это происходило? Примечание. Баллы выставляются на основе данных, полученных от информанта или в результате наблюдения.</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпороговая ситуация: тики случаются не часто, не ежедневно. Если тик «нападает», то он продолжается короткое время и не является обычным. Порог: специфические тики происходят ежедневно. ____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	
	<i>В прошлом:</i>			
2. Голосовые тики	ТЭ			
<i>Приходилось ли тебе когда-нибудь издавать звуки вопреки своему желанию и повторять звуки или слова, которые</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют. Симптом отсутствует.
	1	1	1	

XIX. Злоупотребление алкоголем

- Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — нет

2 — да

Начните этот раздел с краткого (на 2—3 минуты) теста с целью сбора сведений о привычках, связанных с употреблением алкоголя.

Тест

Сколько тебе было лет, когда ты впервые попробовал спиртные напитки? Что ты больше всего любишь пить (из алкоголя)? Есть ли у тебя группа друзей, с которыми ты обычно выпиваешь, или ты обычно выпиваешь один? Где ты обычно выпиваешь? Дома? На вечеринках? У друга? На улице? В барах? Бывают ли особые случаи, когда ты в отличие от других особенно расположен выпить? На танцах в школе или на других вечеринках? Сколько тебе было лет, когда ты начал(а) выпивать регулярно,

249

скажем 2 или больше рюмки в неделю? За последние 6 месяцев была ли хотя бы одна неделя, когда ты выпивал по крайней мере две рюмки?

	ТЭ, данные родителей	ТЭ, данные ребенка	ТЭ, итоговые данные
1. Употребление			
а) В каком возрасте впервые начал(а) пить регулярно	_____	_____	_____
б) Выпивал 2 рюмки в неделю 4 раза или больше	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Если в предыдущей группе вопросов получено 2 балла, продолжайте задавать вопросы, приведенные ниже.

При отсутствии сведений об употреблении алкоголя в настоящее время или в прошлом переходите к разделу об употреблении наркотических веществ.

2. Злоупотребление алкоголем

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Количество	ТЭ			
Каким было самое большое количество алкоголя, которое ты когда-либо выпивал(а) за один день? Когда это было?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	Сведения отсутствуют. 1—2 рюмки. 3 рюмки или более.
Каким было самое большое количество алкоголя, выпитое тобой за один день в течение прошедших шести месяцев?	В прошлом:			____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
2. Частота	ТЭ			
Каким было самое большое количество дней одной конкретно взятой недели, когда ты употреблял какие-нибудь спиртные напитки? Выпиваешь ли ты обычно вечером в пятницу и субботу? Выпиваешь ли ты в середине недели?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	Сведения отсутствуют. 1—2 дня. 3 дня или более.
	В прошлом:			____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
3. Беспокойство со стороны посторонних в связи с пьянством респондента	ТЭ			

250

Жаловался ли кто-нибудь когда-нибудь по поводу твоего пьянства? Друзья? Родители? Учителя? Вызывало ли у тебя это когда-нибудь беспокойство?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	Сведения отсутствуют. Нет. Да.
	В прошлом:			____ Род.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем* состоянии ребенка, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 2, то после окончания отборочного интервью заполните раздел «Злоупотребление алкоголем (текущее состояние)» в дополнении 5 (злоупотребление веществами и другие расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о состоянии ребенка *в прошлом*, в *каком-либо* из вышеописанных разделов равно 2, то после окончания отборочного интервью заполните раздел «Злоупотребление алкоголем (в прошлом)» в дополнении 5 (злоупотребление веществами и другие расстройства).

_____ Признаков злоупотребления алкоголем не имеется.

XX. Злоупотребление наркотическими веществами

- Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — нет

2 — да

Прежде чем начать задавать вопросы из этого раздела, дайте интервьюируемому список наркотиков, который прилагается в тесте. Прежде чем начнете задавать респонденту вопросы, напомните ему о конфиденциальном характере интервью.

Тест «Употребление наркотиков»

Скажи мне, употреблял ли ты (даже если ты только пробовал его один раз) какой-нибудь наркотик из этого списка. Какие из них ты употреблял?

1 — ТЭ, данные родителей; 2 — ТЭ, данные ребенка; 3 — ТЭ, итоговые данные

	1 когда-нибудь			2 когда-нибудь			3 когда-нибудь		
а) <i>Конопля</i> Марижуана, гашиш	0	1	2	0	1	2	0	1	2
б) <i>Возбуждающие средства (стимулянты)</i> Амфетамин, «чердак», метедрин, диетические таблетки	0	1	2	0	1	2	0	1	2
в) <i>Седативные/снотворные/транквилизаторы</i> Барбитураты (седативные препараты), бензодиазепины, «кваалюд» (снижающий действие возбуждающего наркотика), реланиум, элениум и ксанакс	0	1	2	0	1	2	0	1	2
г) <i>Кокаин</i> Coke, crack	0	1	2	0	1	2	0	1	2
д) <i>Опиаты (опиоидные средства)</i> Героин, морфин, содеин, метадон, димедрол	0	1	2	0	1	2	0	1	2
е) <i>Пи-Си-Пи</i> «Ангельская пыль»	0	1	2	0	1	2	0	1	2
ж) <i>Галлюциногены</i> Психоделики, ЛСД, мескалин, пейот	0	1	2	0	1	2	0	1	2
з) <i>Растворители/ингаляторы</i> Клей, бензин, хлороформ, эфир, краска	0	1	2	0	1	2	0	1	2
и) <i>Прочие</i> Лекарства, выписанные врачом, «веселящий газ» (закись азота), экстази	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Укажите конкретно:

Если подросток употреблял какие-либо из указанных наркотических веществ, задайте ему/ей вопросы, приведенные далее.

Если признаков употребления наркотических веществ в настоящее время или в прошлом нет, переходите к разделу «Посттравматические стрессовые расстройства».

252

Употребление наркотических веществ

1. Частота

Какие наркотические вещества ты употреблял(а) больше всего за прошедшие 6 месяцев? Каждый день или почти каждый день по крайней мере в течение недели? Реже всего? Чаще других? Был ли такой период, когда ты употреблял(а) _____ чаще?

- Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — реже, чем один раз в месяц

3 — чаще чем один раз в месяц

1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭП, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭП, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭП, итоговые данные

	1	2	3	4	5	6
а) Конопля	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулянты	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные средства/анксиолитики	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опиаты	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) Пи-Си-Пи	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Растворители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Прочие	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Полинаркомания (употребление смешанных веществ)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о частоте употребления каких-либо наркотиков в настоящее время, равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Злоупотребление наркотическими веществами (текущее состояние)»

253

в дополнении 5 (злоупотребление наркотическими веществами и другие расстройства).

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о частоте употребления каких-либо наркотиков в прошлом, равно 3, то после завершения отборочного интервью заполните раздел «Злоупотребление наркотическими веществами (в прошлом)» в дополнении 5 (злоупотребление наркотическими веществами и другие расстройства).

_____ Признаков злоупотребления наркотическими веществами не имеется.

XXI. Посттравматическое стрессовое расстройство

- Коды
- 0 — сведения отсутствуют
- 1 — нет
- 2 — да

Тесты

Я собираюсь задать тебе вопросы о некоторых неприятных событиях, которые часто случаются с детьми твоего возраста. Я хотел(а) бы, чтобы ты сказал(а) мне, происходили ли они когда-нибудь с тобой. Скажи мне, если что-нибудь подобное случилось с тобой, даже если это было всего один раз.

1 — ТЭ, данные родителей; 2 — ТЭ, данные ребенка; 3 — ТЭ, итоговые данные

1) Травматические события	Критерии	1 когда- нибудь	2 когда- нибудь	3 когда- нибудь
а) Автомобильная авария. Попадал(а) ли когда-нибудь в серьезную автомобильную аварию? Что произошло? Получил(а) ли ты повреждения? Получил ли повреждения кто-нибудь другой, кто был в машине?	Серьезная автомобильная авария, в которой ребенок или кто-то другой получил повреждения или физические повреждения, и поэтому потребовалось врачебное вмешательство.	0 1 2	0 1 2	0 1 2

254

б) Другие аварии. Случались ли когда-либо с тобой какие-нибудь другие несчастные случаи? Велосипедная авария? Другие происшествия? Что произошло? Пострадал ли ты?	Серьезный несчастный случай, при котором ребенок получил физические повреждения или увечья и потребовалось врачебное вмешательство	0 1 2	0 1 2	0 1 2
в) Пожар. Попадал ли ты когда-нибудь в серьезный пожар? Был ли когда-нибудь пожар в твоём доме или в школе? Ты когда-нибудь разжигал костер, который выходил из-под контроля? Что произошло? Были ли пострадавшие? Были ли при этом серьезные повреждения?	Ребенок являлся непосредственным свидетелем пожара, который повлек за собой серьезный урон собственности или физические увечья средней или тяжелой степени	0 1 2	0 1 2	0 1 2
г) Свидетель бедствия. Попадал(а) ли ты когда-нибудь в очень сильную непогоду, как, например, смерч или ураган? Попадал(а) ли ты в наводнение, когда глубина воды была такой, чтобы можно было плыть?	Ребенок был свидетелем стихийного бедствия, которое причинило значительный урон	0 1 2	0 1 2	0 1 2
д) Свидетель преступления, связанного с насилием. Видел(а) ли ты когда-нибудь, чтобы кто-то грабил или убивал других людей? Совершил кражу в магазине или набросился на кого-нибудь? Брал кого-нибудь в заложники? Что произошло? Где ты был(а), когда это происходило? Пострадал ли кто-нибудь?	Ребенок — непосредственный свидетель угрозы или самого преступления, прямо связанного с насилием	0 1 2	0 1 2	0 1 2

255

е) Жертва насильственного преступления. Набрасывался ли на тебя кто-нибудь сзади или, может быть, нападал каким-нибудь другим способом? Что произошло? Пострадал ли ты?	Ребенок — жертва серьезной угрозы насильственного преступления или самого преступления	0 1 2	0 1 2	0 1 2
ж) Травмирующие известия.	Узнал о внезапной,	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Получал(а) ли ты когда-нибудь плохие (страшные) известия, которых ты не ждал? Например, ты узнавал(а), что кто-то, кого ты любил, только что умер или болен и уже никогда не поправится?	неожиданной смерти любимого человека или о том, что любимый человек неизлечимо болен			
з) Свидетель насилия в семье. Родители некоторых детей часто устраивают отвратительные ссоры. При этом они обзывают друг друга, бросаются разными предметами, угрожают один другому, а иногда и бьют друг друга. Были ли у твоих родителей (или у мамы и человека, с которым она живет) подобные ссоры? Расскажи мне о самой ужасной ссоре, произошедшей между твоими родителями. Что произошло?	Ребенок присутствовал при яростных выяснениях отношений в семье с угрозами и нанесением телесных повреждений родителю	0 1 2	0 1 2	0 1 2
и) Физическое наказание. Когда твои родители сердятся на тебя, они тебя бьют? Били ли тебя когда-нибудь так, что на твоём теле оставались синяки и ссадины, или ты был ранен каким-либо образом? Что произошло?	Синяки на теле были чаще, чем однажды, или доходило до более серьезных телесных повреждений	0 1 2	0 1 2	0 1 2

256

к) Сексуальные домогательства. Трогал ли когда-нибудь твои гениталии кто-нибудь, кому не полагалось это делать? Что произошло? Прикасался ли кто-нибудь к тебе так, что тебе было не по себе? Тебя когда-нибудь трогал ли кто-нибудь, кто не должен был заставлять тебя раздеваться, между ног, заставлял тебя ложиться с ним/ней в постель или играть с его/ее гениталиями?	Отдельные или повторяющиеся случаи генитальных прикосновений, оральный секс или вагинальное или анальное совокупление	0 1 2	0 1 2	0 1 2
л) Прочее. Случалось ли с тобой что-нибудь еще, что было очень плохим, или, может быть, ты видел то, что очень испугало тебя, о чем ты хочешь мне рассказать?	Ниже запишите о том, что произошло	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Если имеются травмирующие эпизоды, заполните вопросы в разделе «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Если данные о травмирующих эпизодах отсутствуют, завершите отборочное интервью и заполните предварительную рабочую таблицу прижизненной диагностики и соответствующие дополнения.

2) Посттравматическое стрессовое расстройство (отборочные пункты)

1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭП, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭП, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭП, итоговые данные

	1	2	3	4	5	6
1. Повторяющиеся мысли или образы, связанные с травмирующим событием Бывает ли когда-нибудь так, что ты вновь и вновь представляешь ?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

257

Возвращаешься ли ты мысленно к тому, что произошло? Часто ли ты думаешь об этом?						
2. Попытки избежать мыслей и чувств, связанных с травмой Что ты предпринимаешь или	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

предпринимал(а) для того, чтобы не думать о _____? Чтобы избавиться от плохих мыслей, некоторые дети читают, стараются чем-то занять себя или ложатся спать. Делал(а) ли ты когда-нибудь что-нибудь подобное или что-то другое, чтобы избавиться от тех плохих мыслей и/или чувств?						
3. Ночные кошмары Случалось ли когда-нибудь так, чтобы ночью тебе часто снились кошмары? Снилось ли тебе когда-нибудь _____? Как часто? Как ты себя чувствовал, когда ты просыпался от одного из своих кошмаров?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Бессонница После того как _____ произошло, чувствовал ли ты, что тебе трудно заснуть или спать не просыпаясь? Сколько времени тебе было нужно, чтобы заснуть? Просыпался ли ты среди ночи?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

258

5. Раздражительность или вспышки гнева После того как _____ произошло, был(а) ли ты очень капризным(ой), ворчливым(ой)? Часто ли ты испытывал(а) приступы раздражения?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *текущем состоянии* по любому из приведенных выше пунктов, равно 2, то заполните оставшуюся часть вопросов о текущих и прошлых эпизодах посттравматического стрессового расстройства.

_____ Если количество баллов, набранных при ответе на вопросы о *прошлом состоянии* по любому из приведенных выше пунктов, равно 2, то заполните оставшуюся часть вопросов о текущих и прошлых эпизодах посттравматического стрессового расстройства.

Примечание. Запишите даты текущих и предшествующих эпизодов посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство: дополнительные вопросы

1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭП, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭП, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭП, итоговые данные

	1	2	3	4	5	6
1. Повторяющееся проигрывание ситуации, относящейся к травматическому событию/воспроизведение Когда ты играл(а), ты иногда притворялся(лась), что _____? Когда ты играла в куклы, ты иногда _____? Как часто ты заставляла своих кукол _____? В ответ на сексуальные домогательства может наблюдаться заметное провоцирующее поведение,	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

сексуальные игры с куклами или сверстниками или усиленная мастурбация. В ответ на физические наказания или на присутствие при актах физического насилия в семье могут наблюдаться агрессивные игры						
2. Диссоциативные эпизоды, иллюзии, галлюцинации						
а) <i>Диссоциативные эпизоды</i> Говорят ли окружающие, что ты часто о чем-то мечтаешь? Выглядишь отсутствующим? Часто не следишь за временем? Проходят часы, а ты не уверен в том, что ты делал(а) все это время?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
б) <i>Иллюзии</i> Случалось ли когда-нибудь так, что тебе казалось, будто бы _____ происходит опять? Где ты был(а), когда это происходило с тобой? Было ли это ощущение настолько сильным, что ты не мог(могла) понять, уж не происходит ли это на самом деле? Видел(а) или слышал(а) ли ты когда-нибудь то, чего на самом деле там не было, но что напоминало бы тебе о том, что произошло? Что ты видел(а)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

в) <i>Галлюцинации</i> С тех пор как _____ произошло, доводилось ли тебе видеть вещи, которые другие не могли видеть, или слышать то, что другие не могли слышать? Что ты видел(а) или слышал(а)? Видел(а) ли ты привидения? Слышал(а) ли, как оно говорило с тобой? Чувствовал(а) ли ты, как оно трогал тебя?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Дистресс, вызванный раздражителями, которые напоминают или символизируют травматическое событие Происходило ли с тобой когда-нибудь такое, что тебе было плохо, когда ты находился(лась) в таком месте, которое напоминало тебе о том, что случилось? Доводилось ли тебе видеть на улице людей, которые напоминали тебе о _____? Чувствовал ли ты при этом, что _____ повторяется опять? Были ли какие-то другие вещи, заставлявшие тебя чувствовать так, как будто бы это происходит снова? Особые даты или время дня, которое напоминало бы о _____ и заставляло бы тебя переживать это как вновь происходящее?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

4. Попытки избежать действия или ситуации, вызывающие воспоминания о травме Ты сказал(а) ранее,	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

что _____ напоминает тебе иногда о том, что произошло. Пытался ли ты избежать _____?						
5. Неспособность вспомнить важный аспект травмы Помнишь ли ты все, что произошло с тобой, или тебе кажется, что некоторые детали выпали из твоей памяти? Есть ли такие детали или факты, которые ты не помнишь?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Уменьшение интереса к разным видам деятельности С тех пор как _____ произошло, чувствовал(а) ли ты, что тебе стало очень скучно? Все уже не так забавно, как раньше?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7. Ощущение отрыва или отчуждения Трудно ли тебе доверять другим людям? Чувствуешь ли ты себя одиноким(ой) чаще, чем раньше? Словно сейчас тебе уже не так хочется быть с людьми, как раньше? Чувствуешь ли ты себя одиноким даже с другими людьми?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

262

8. Ограничение эмоций Ощущаешь ли ты себя иногда роботом? Трудно ли тебе описать свое самочувствие? Когда происходит что-то грустное, тебе грустно? Когда происходит что-то хорошее, ты радуешься этому? Так же, как ты радовался раньше, или меньше?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9. Восприятие перспектив будущего Когда ты вырастешь, как ты себе представляешь свою жизнь? Ты думаешь о том, что ты станешь взрослым? Тебе трудно представить себе, что ты станешь старше?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10. Трудности с концентрацией внимания Тебе трудно сосредоточивать свои мысли на том, что ты делаешь? С тех пор как _____ произошло, тебе стало труднее делать домашнее задание или читать?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
11. Сверхбдительность С тех пор как _____ произошло, ты стал(а) более осторожн(а)? Чувствуешь ли ты, что тебе всегда надо наблюдать за тем, что происходит вокруг тебя?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

263

Проверяешь ли ты дважды, заперты ли двери и окна?						
12. Преувеличенная ответная реакция С тех пор как _____ произошло, ты стал(а) чаще вздрагивать? Пугает ли тебя даже слабый шум?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13. Физиологическая реактивность по отношению к событиям, которые напоминают травматическое событие Как ты себя чувствуешь, когда _____?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

находишься в таком месте, которое напоминает тебе о _____? Учащается ли твоё сердцебиение; ведет ли себя желудок так, что тебе кажется, что сейчас тебя может вырвать?						
14. Нарушение функционирования						
<i>а) В обществе ровесников:</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>б) В семье</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>в) В школе</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15. Продолжительность (в неделях)	— —	— —	— —	— —	— —	— —
16. Признаки посттравматического стрессового расстройства	ТЭ, итоговые данные 0 1 2			НТЭП, итоговые данные 0 1 2		
<i>а) Критерии по DSM-III</i> 1. По крайней мере 1 из пунктов о повторном переживании травмы:						

264

<ul style="list-style-type: none"> повторяющиеся мысли или образы о травматическом событии; ночные кошмары; оповторяющиеся игры; диссоциативные эпизоды, иллюзии, галлюцинации; дистресс при попадании в обстоятельства, которые напоминают или символизируют травмирующее событие 		
2. По крайней мере 3 из пунктов об упорном избегании мыслей о травме: <ul style="list-style-type: none"> избегание мыслей или чувств, связанных с травмой; избегание разного рода деятельности; неспособность вспомнить детали; уменьшение интереса; чувства отрыва, ограниченность аффективных реакций. пессимистическое восприятие перспектив будущего 		
3. По крайней мере 2 из пунктов о состоянии повышенного возбуждения: <ul style="list-style-type: none"> бессонница; раздражительность; трудности с концентрацией внимания; сверхбдительность; преувеличенная ответная реакция; физиологическая реактивность 		

265

4. Продолжительность: по крайней мере 1 месяц		
<i>б) Критерии по DSM-IV</i> 1) По крайней мере 1 из пунктов о вновь переживаемой травме: <ul style="list-style-type: none"> повторяющееся проигрывание ситуации, относящейся к травмирующему событию; повторяющиеся игры; ночные кошмары; диссоциативные эпизоды, иллюзии, галлюцинации; дистресс, вызванный раздражителями, которые стимулируют воспоминания о травмирующем 	0 1 2	0 1 2

событий); ● физиологическая реактивность		
2) По крайней мере 3 из пунктов об упорном избегании мыслей о травме: ● избегание мыслей или чувств, связанных с травмой; ● избегание определенной деятельности; ● неспособность вспомнить детали; ● уменьшение интереса; ● чувства отрыва, ограниченность аффективных реакций; ● пессимистическое восприятие перспектив будущего		
3) По крайней мере 2 из пунктов о повышенном возбуждении: ● бессонница;		

266

● раздражительность; ● трудности с концентрацией внимания; ● сверхбдительность; ● преувеличенная ответная реакция		
4) Продолжительность: по крайней мере 1 месяц 5) Признаки нарушения функционирования		
17. Критерии острого стрессового расстройства по DSM-IV (только) 3 из нижеисследующих диссоциативных симптомов должны иметь место либо во время травмирующего события, либо сразу после того, как оно произошло: ● субъективное ощущение оцепенения, отрыва от действительности или отсутствие эмоциональной реакции; ● неполное осознание окружающей обстановки (например, быть, как в тумане); ● дереализация; ● деперсонализация; ● неспособность вспомнить важные аспекты травмы. Кроме того, травмирующее событие переживается вновь, имеется свидетельство явного избегания раздражителей, вызывающих воспоминания о травме, явные симптомы повышенного возбуждения и нарушения функционирования	ТЭ, итоговые данные 0 1 2	НТЭП, итоговые данные 0 1 2

267

Симптомы продолжают минимум 2 дня и максимум 4 недели и проявляются в пределах 4 недель после травматического события		
---	--	--

Детская глобальная оценочная шкала (Д-ГОШ)

Используйте промежуточные баллы (например, 35, 58, 62 и пр.). Определяйте уровень фактического функционирования вне зависимости от лечения или прогнозов. Приведенные примеры поведения служат лишь в качестве иллюстрации и не требуют специальной оценки.

100—91	Превосходное функционирование во всех сферах (дома, в школе и в общении со сверстниками); включает широкий спектр деятельности и интересов (например, хобби, участие в кружках и секциях помимо школьных занятий или членство в молодежных организациях и пр.); приятен в общении, держится уверенно; «каждодневные» заботы всегда держит под контролем; хорошо успевает в школе; симптомы отсутствуют.
--------	--

90—81	Хорошее функционирование во всех сферах ; держится спокойно и чувствует себя в безопасности в семье, в школе и со сверстниками; возможны кратковременные трудности и «ежедневные» беспокойства, которые иногда выходят из-под контроля (например, некоторое волнение, связанное с важным экзаменом, временами «стычки» с братьями и сестрами, родителями или сверстниками).
80—71	Не более чем незначительное снижение функционирования дома, в школе или со сверстниками; как ответная реакция на жизненные стрессовые ситуации (например, развод родителей, чья-то смерть, рождение брата или сестры) могут присутствовать некоторые нарушения поведения или дистресс, однако эти изменения кратковременны и их влияние на функционирование преходяще; подобные дети беспокоят окружающих в минимальной степени, и их поведение не является необычным для тех, кто их знает.
70—61	Некоторые сложности в какой-то одной области , однако в основном ребенок функционирует довольно хорошо (например, спорадические или изолированные акты антиобщественного поведения, например: иногда удирает с уроков или замечен как участник мелких краж; продолжающиеся незначительные трудности при выполнении школьных заданий);

268

	изменение настроения, продолжающееся непродолжительное время, страхи и тревога, не приводящие к избеганию в поведении; сомнения в собственном «я»); поддерживает важные для него отношения с другими; большинство людей, которые не знают ребенка достаточно хорошо, не заметят никаких отклонений в поведении, однако люди, хорошо с ним знакомые, выражают беспокойство.
60—51	Нервное функционирование со спорадически возникающими трудностями или наличие симптомов в некоторых, но не во всех социальных сферах. Расстройство, видимое для тех, кто сталкивается с ребенком в дисфункциональной среде или в неподходящее время, но не для тех людей, кто видит ребенка при других обстоятельствах.
50—41	Умеренная степень ухудшения функционирования в большинстве социальных сфер или существенное нарушение функционирования в одной сфере, что могло бы, например, быть результатом поглощающих суицидальных мыслей или раздумий, отказа посещать школу и других форм тревожности, навязчивых ритуальных действий, частых приступов тревожности, плохих или недостаточных социальных навыков, частых эпизодов агрессивного или другого антиобщественного поведения с некоторым сохранением значимых социальных отношений.
40—31	Значительное нарушение функционирования в нескольких сферах и неспособность функционировать в одной из них; выведен из психологического равновесия дома, в школе, во взаимоотношениях со сверстниками или в обществе в целом, например упорно агрессивен без видимых причин; чувствуется явное отчуждение и изолированность в поведении вследствие нарушений либо настроения, нарушений мышления, суицидальные попытки с явно летальными намерениями; таким детям, вероятно, требуется специальное обучение и/или госпитализация или прекращение занятий в школе (однако это не является достаточным критерием для включения ребенка в данную категорию).
30—21	Неспособность функционирования почти во всех сферах , например ребенок остается дома, в отделении или в постели на весь день, не желая участвовать в общественных делах, или наблюдаются выраженные нарушения в определении реальности либо серьезные нарушения в общении (например, временами бессвязное или несоответствующее общение).

269

20—11	Необходимость в основательном наблюдении , чтобы предотвратить возможность нанесения телесных повреждений другим людям или себе (например, частые вспышки насилия; повторные суицидальные попытки) или неспособность поддержания личной гигиены; или выраженные нарушения во всех формах общения, например серьезные отклонения в вербальном общении и на уровне жестикюляции, явная социальная отчужденность, ступор и пр.
10—1	Необходимость в постоянном наблюдении (в течение 24 часов) вследствие ожесточенно агрессивного либо саморазрушающего поведения или выраженных нарушений в определении реальности, общении, познавательных способностях, эмоциональных реакциях или личной гигиене.

Детская глобальная оценочная шкала (воспользуйтесь балльной шкалой на предыдущей странице).

Текущий эпизод

_____ Проставьте балл, оценивающий уровень общего функционирования субъекта за прошедшие две недели, выбрав тот уровень, который описывает его/ее функционирование на гипотетической прямой его/ее здоровья-болезни.

Наиболее тяжелый эпизод в прошлом

_____ Проставьте балл, оценивающий уровень общего функционирования субъекта в течение его/ее наиболее тяжелого прошедшего эпизода психиатрического расстройства.

Определите временной период

Наивысший уровень функционирования в прошлом
_____ Проставьте _____ балл, _____ измеряющий наивысший _____ уровень функционирования ребенка в течение прошедшего года.

**Диагностические заключения
(итоговый перечень прижизненных диагнозов)**

Фамилия _____

История болезни _____

Дата «_____» _____ г.

Интервьюирующий _____

сведения отсутствуют — 0 симптом отсутствует — 1	<i>Критерии для вероятного диагноза</i> 1. Отвечает критериям для определения ведущих симптомов заболевания
270	
вероятно, имеется — 2 частичная ремиссия — 3 определенно имеется — 4	2. Отвечает всем критериям, кроме одного, или необходимо минимум 75% оставшихся критериев для определения диагноза 3. Признаки функционального нарушения

1 — диагноз: предыдущий эпизод; 2 — возраст к началу первого эпизода; 3 — диагноз: текущий эпизод; 4 — возраст к началу текущего эпизода; 5 — продолжительность (в месяцах): все эпизоды; 6 — общее количество эпизодов

	1	2	3	4	5	6
Большое депрессивное расстройство ¹	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Психотические черты	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Дистимия	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Депрессивное расстройство, другим образом не квалифицируемое	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Расстройство адаптации с подавленным настроением	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Мания	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Гипомания	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Циклотимия (колебание настроения)	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Биполярное расстройство, другим образом не квалифицируемое	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Биполярное расстройство I	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Биполярное расстройство II	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____

271						
Шизоаффективное расстройство маниакальное	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Шизоаффективное расстройство депрессивное	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Шизофрения	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Шизофреноподобные расстройства	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Кратковременный реактивный психоз	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Паническое расстройство	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Тревожное расстройство боязни разлуки	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____
Тревожное расстройство в виде избегания	1 2 3 4	_____	1 2 3 4	_____	_____	_____

Простая фобия	1 2 3 4		1 2 3 4			
Социальная фобия	1 2 3 4		1 2 3 4			
Агорафобия	1 2 3 4		1 2 3 4			
Повышенная тревожность	1 2 3 4		1 2 3 4			
Генерализованная тревога	1 2 3 4		1 2 3 4			
Обсессивно-компульсивное расстройство	1 2 3 4		1 2 3 4			
Посттравматическое стрессовое расстройство	1 2 3 4		1 2 3 4			
Острое стрессовое расстройство	1 2 3 4		1 2 3 4			
Расстройство адаптации с тревожным настроением	1 2 3 4		1 2 3 4			

272

Энурез	1 2 3 4		1 2 3 4			
Энкопрез	1 2 3 4		1 2 3 4			
Неврогенная анорексия	1 2 3 4		1 2 3 4			
Булимия	1 2 3 4		1 2 3 4			
Синдром дефицита внимания и гиперактивности*	1 2 3 4		1 2 3 4			
Расстройства поведения*	1 2 3 4		1 2 3 4			
Оппозиционное расстройство	1 2 3 4		1 2 3 4			
Расстройство адаптации с поведенческими нарушениями	1 2 3 4		1 2 3 4			
Расстройство адаптации со смешанным нарушением настроения и поведения	1 2 3 4		1 2 3 4			
Синдром Жилия де ла Туретта	1 2 3 4		1 2 3 4			
Расстройство в виде хронических двигательных или голосовых тиков	1 2 3 4		1 2 3 4			
Временные расстройства в виде тиков	1 2 3 4		1 2 3 4			
Злоупотребление алкоголем	1 2 3 4		1 2 3 4			
Алкогольная зависимость	1 2 3 4		1 2 3 4			
Злоупотребление наркотическими веществами	1 2 3 4		1 2 3 4			

273

Зависимость от наркотических веществ	1 2 3 4		1 2 3 4			
Умственная отсталость	1 2 3 4		1 2 3 4			
Прочие психические заболевания (указать)	1 2 3 4		1 2 3 4			
Отсутствие психиатрических заболеваний	1 2 3 4		1 2 3 4			

История лечения

0 — сведения отсутствуют

1 — нет

2 — да

Амбулаторное лечение	0 1 2	Антипсихотические лекарства (указать)	0 1 2
Возраст ребенка к моменту первого амбулаторного лечения	— —	Антидепрессанты (указать)	0 1 2
Общая продолжительность амбулаторного лечения (в неделях)	— —	Седативные или легкие транквилизаторы (указать)	0 1 2
Первая психиатрическая госпитализация	0 1 2	Стимулянты (указать)	0 1 2
		Литиум (указать)	0 1 2
Возраст ребенка к моменту первой психиатрической госпитализации	— —	Прочие (указать)	0 1 2
		Текущие лекарства (указать)	0 1 2
Общая продолжительность больничного лечения (в неделях)	— —		
Суицидальное поведение НЕТ		Достоверность сведений	

Мысли	Хорошая
Действия	Относительная
Попытка	Плохая

274

Примечание:

Дополнительный завершающий опросник

Инструкции. Отметьте «галочкой» разделы, которые должны быть заполнены в каждом из дополнений. Запишите даты и/или возраст ребенка, когда началось возможное текущее или прошлое заболевание.

Дополнение 1. Эмоциональные расстройства

- _____ Депрессивные расстройства — текущие эпизоды
- _____ Депрессивные расстройства — в прошлом
- _____ Мания — текущие эпизоды
- _____ Мания — в прошлом

Дополнение 2. Психотические расстройства

- _____ Психотические расстройства — текущие эпизоды
- _____ Психотические расстройства — в прошлом

Дополнение 3. Тревожные расстройства

- _____ Панический синдром — текущие эпизоды
- _____ Панический синдром — в прошлом
- _____ Заболевания, связанные с боязнью разлуки, — текущие эпизоды
- _____ Заболевания, связанные с боязнью разлуки, — в прошлом
- _____ Фобии — текущие эпизоды
- _____ Фобии — в прошлом
- _____ Повышенная тревожность — текущие эпизоды
- _____ Повышенная тревожность — в прошлом
- _____ Синдром навязчивых идей — текущие эпизоды
- _____ Синдром навязчивых идей — в прошлом

Дополнение 4. Поведенческие отклонения

- _____ СДВГ — текущие эпизоды
- _____ СДВГ — в прошлом
- _____ Оппозиционное поведение — текущие эпизоды
- _____ Оппозиционное поведение — в прошлом
- _____ Поведенческие расстройства — текущие эпизоды
- _____ Поведенческие расстройства — в прошлом

275

Дополнение 5. Злоупотребления наркотическими веществами и другие расстройства

- _____ Алкоголизм — текущие эпизоды

- ☐ Алкоголизм — в прошлом
☐ Злоупотребление наркотическими веществами — текущие эпизоды
☐ Злоупотребление наркотическими веществами — в прошлом
☐ Булимия — текущие эпизоды
☐ Булимия — в прошлом
☐ Анорексия на нервной почве — текущие эпизоды
☐ Анорексия на нервной почве — в прошлом
☐ Тики — текущие эпизоды
☐ Тики — в прошлом

276

Приложение 3. Диагностические дополнения (№ 4—5)

Дополнение № 4. Поведенческие отклонения

Синдром дефицита внимания и гиперактивности
 Синдром оппозиционного поведения
 Расстройства поведения

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

В случае, если ребенок принимает лекарства от СДВГ, следует отложить оценку его поведения.

	Род.	Реб	Шк.	
1. Делает много ошибок из-за невнимательности	ТЭ			
<i>Делаешь ли ты много ошибок в школе из-за невнимательности? Часто ли ты отвечаешь на вопросы в тестах неправильно, потому что не прочитал(а) как следует инструкции? Часто ли ты оставляешь случайно пропуски в ответах? Забываешь ответить на вопросы на другой стороне страницы? Как часто случаются с тобой подобные вещи? Говорила ли тебе когда-нибудь твоя учительница, что тебе следует обращать больше внимания на детали?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда делает ошибки из-за невнимательности.
	3	3	3	Порог: часто делает ошибки из-за невнимательности. Данная проблема оказывает влияние от умеренного

277

	<i>В прошлом:</i>			до сильного) на функционирование. <input type="checkbox"/> Род. <input type="checkbox"/> Реб. <input type="checkbox"/> Шк.
2. Не слушает	ТЭ			
<i>Трудно ли тебе запомнить, что говорят родители и учителя? Жалуются ли твои родители и учителя на то, что ты не слушаешь их, когда они разговаривают с тобой? «Отключаешься» ли ты от людей? Имеешь ли ты неприятности, потому что не слушаешь, что тебе говорят?</i> Ставьте оценку на основании сведений, полученных от информанта или при наблюдении.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда не слушает, что ему/ей говорят.
	3	3	3	Порог: часто не слушает, что ему/ей говорят. Данная проблема умеренно сказывается на функционировании.

	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. Испытывает затруднения при выполнении полученных указаний	ТЭ			
<i>Жалуются ли твои учителя на то, что ты не следуешь данным указаниям? Когда твои родители или учителя велят тебе сделать что-нибудь, трудно ли тебе иногда запомнить, что они тебе сказали? Приводит ли это к неприятностям? Ставят ли тебе низкую оценку за то, что ты не следуешь указаниям при выполнении заданий или не доводишь их до конца? Забываешь ли ты делать домашние задания или сдать</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Предпорог: иногда испытывает трудности при выполнении данных инструкций.
	3	3	3	Порог: часто испытывает трудности при выполнении

278

<i>свою работу на проверку? Имеешь ли ты неприятности дома из-за того, что забываешь выполнить поручения своих родителей по дому? Как часто это бывает?</i>	<i>В прошлом:</i>			данных инструкций. Данная проблема оказывает влияние (от умеренного до сильного) на функционирование. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
4. С трудом поддерживает порядок в своих вещах	ТЭ			
<i>Содержишь ли ты свой письменный стол или шкафчик в беспорядке? Трудно ли тебе находить вещи, которые тебе нужны? Жалуется ли твоя учительница на то, что твои задания выполнены грязно и неопрятно? Когда ты выполняешь задания, начинаешь ли ты с самого начала и делаешь все по порядку или тебе нравится пропускать некоторые вопросы? Часто ли ты пропускаешь задания? Трудно ли тебе утром собраться идти в школу?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда не организован(а). Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.
	3	3	3	Порог: часто неорганизован(а). Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

279

5. Не любит/избегает задания, требующие сосредоточенного внимания	ТЭ			
<i>Есть ли такие школьные задания, которые ты не любишь выполнять более других? Какие? Почему? Пытаешься ли ты избежать выполнения _____ заданий? Делаешь ли ты вид, что забыл выполнить домашнюю работу, чтобы не делать ее? Примерно сколько раз в неделю ты не выполняешь _____ домашних заданий?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда пропускает задания, которые требуют постоянного внимания, и/или выражает некоторое недовольство по поводу этих заданий. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.
	3	3	3	Порог: часто пропускает задания, которые требуют постоянного внимания, и/или выражает умеренное недовольство по поводу этих заданий. Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного.

280

	<i>В прошлом:</i>			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
6. Теряет вещи	ТЭ			
<i>Часто ли ты теряешь свои вещи? Карандаши в школе? Домашние задания? Свои вещи дома? Как часто это случается?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда теряет вещи. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.
	3	3	3	Порог: часто теряет свои вещи (например, 1 раз в неделю). Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного.
	<i>В прошлом:</i>			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
7. Забывчив в своих ежедневных делах	ТЭ			
<i>Часто ли ты забываешь свое домашнее задание дома либо книжки или пальто в автобусе? Оставляешь ли ты свои вещи на улице по забывчивости? Как часто это происходит с тобой? Жалуются ли кто-нибудь на то, что ты слишком забывчив(а)?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда проявляет забывчивость.

281

	3	3	3	Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка. Порог: часто проявляет забывчивость. Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного.
	<i>В прошлом:</i>			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
8. Непоседливость	ТЭ			
<i>Часто ли тебе говорят, чтобы ты сидел спокойно, перестал двигаться или прекратил ерзать на стуле? Твои учителя? Родители? Часто ли случаются неприятности из-за того, что ты ерзаешь на стуле или играешь мелкими предметами на парте? Трудно ли тебе следить за своими руками и ногами, чтобы они оставались в покое? Часто ли тебе приходится следить за ними?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда не следит за своими руками и ногами или ерзает на стуле. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.
	3	3	3	Порог: часто не следит за своими руками и ногами

282

	<i>В прошлом:</i>	<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
		или ерзает на стуле (например, 50% времени). Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного.

9. Слишком много бегают или лазает	ТЭ			
<p>Бывают ли у тебя неприятности из-за того, что ты бегаешь по коридору в школе? Приходится ли твоей матери напоминать тебе, чтобы ты не бежал, а шел, когда вы с ней оказываетесь на улице? Жалуются ли твои родители или учителя на то, что ты залезаешь туда, куда не следует лазать? Как часто это случается?</p> <p>Подростки: Часто ли ты испытываешь беспокойство? Чувствуешь, что тебе надо двигаться или что тебе трудно оставаться на одном месте?</p> <p>Ставьте оценку на основании сведений, полученных от подростка или наблюдающих за ним взрослых.</p>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда слишком много бегают или залезают на предметы мебели. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.
	3	3	3	Порог: часто слишком много

283

	В прошлом:			бегают или забираются на всякие предметы. Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного. (У подростков симптом может ограничиваться лишь ощущением беспокойства.)
				_____ Род.
				_____ Реб.
				_____ Шк.
10. Постоянно в движении/деятелен, словно заведенный мотор	ТЭ			
<p>Трудно ли тебе делать все медленно? Можешь ли ты оставаться на одном месте продолжительное время или постоянно находишься в движении? Сколько времени ты можешь смотреть телевизор или играть в какую-нибудь игру? Часто ли тебя просят «притормозить», «не мелькать»?</p>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда оказывает минимальное воздействие на функционирование.
	3	3	3	Порог: часто ведет себя, словно «заведенный мотор». Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках

284

	В прошлом:			от среднего до серьезного.
				_____ Род.
				_____ Реб.
				_____ Шк.
11. Не может играть спокойно	ТЭ			
<p>Часто ли тебе говорят твои родители или учителя, чтобы ты успокоился во время игры? Трудно ли тебе быть спокойным, когда ты играешь?</p>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда не может спокойно играть. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.
	3	3	3	Порог: часто не может спокойно играть. Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного.
	В прошлом:			_____ Род.
				_____ Реб.
				_____ Шк.
12. Слова (ответ) «вырываются» изо рта	ТЭ			

Когда ты в школе, случается ли так, что до того, как тебя спросят, ответ просто «вырывается» у тебя?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Встречаешь ли ты дома в разговор, не дожидаясь своей очереди? Отвечаешь ли ты на вопросы, которые	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда встречается

285

твои родители задают твоим братьям и сестрам? Как часто?	3	3	3	в разговор, не дожидаясь своей очереди. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка. Порог: часто встречается в разговор, перебивая (например, ежедневно или почти ежедневно). Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
13. С трудом дожидается своей очереди	ТЭ			
Трудно ли тебе дождаться своего хода в игре? А когда ты стоишь в очереди в кафе или попить воду из фонтанчика?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда с трудом дожидается своей очереди. Данная проблема оказывает лишь минимальное воздействие на функционирование ребенка.

286

	3	3	3	Порог: часто с трудом дожидается своей очереди. Данная проблема оказывает воздействие на функционирование ребенка, определяемое в рамках от среднего до серьезного. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
14. Мешает другим	ТЭ			
Бывают ли у тебя неприятности из-за того, что в школе ты вступаешь в разговор, не дожидаясь своей очереди? Жалуются ли твои родители, учителя или дети, которых ты знаешь, на то, что ты обрываешь их, когда они разговаривают? Жалуются ли дети на то, что ты вторгаешься в их игры? Часто ли это случается? Ставьте оценку на основании сведений, полученных от подростка или наблюдающих за ним взрослых.	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда прерывает других людей, мешая им.
	3	3	3	Порог: часто прерывает других людей, мешая им. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
15. Мечется от одного дела к другому	ТЭ			
Когда ты играешь или занят каким-то делом, часто ли ты прерываешь свое занятие, потому что думаешь о чем-то другом, чем бы мог заняться? Трудно ли тебе делать что-то одно сосредоточенно? (Перечислите несколько пунктов: например, накрывать на стол, другие домашние обязанности, школьные задания, видеоигры.)	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда мечется от одного дела к другому, не завершая их.

287

задания, видеоигры.) Говорят ли другие люди, что тебе трудно делать какое-то одно дело? Говорят ли так твои учителя? Твоя мать?	3	3	3	Порог: часто мечется от одного дела к другому, не завершая их.
---	---	---	---	--

	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
16. Слишком много разговаривает	ТЭ			
<i>Говорят ли другие люди, что ты слишком много разговариваешь?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
<i>Бывают ли у тебя неприятности в школе из-за того, что ты разговариваешь, когда это не положено? Жалуются ли члены твоей семьи на то, что ты слишком много говоришь?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>Ставьте оценку на основании сведений, полученных от подростка или наблюдающих за ним взрослых.</i>	2	2	2	Подпорог: иногда слишком разговорчив(а).
	3	3	3	Порог: часто слишком разговорчив(а).
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
17. Совершает поступки, опасные для жизни	ТЭ			
<i>Бегаешь ли ты иногда по улицам, не глядя по сторонам?</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
<i>Забываешь ли ты иногда следить за движением машин на дороге, когда катаешься на велосипеде?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>Делаешь ли что-нибудь другое, что твои родители считают опасным, например прыгаешь ли ты с высоты?</i>	2	2	2	Подпорог: иногда совершает поступки, опасные для жизни.
<i>Как часто? Говорил ли тебе кто-нибудь, что ты суицид дьявол? При каких обстоятельствах?</i>	3	3	3	Порог: часто совершает поступки, опасные для жизни.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

К — критерии; 1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭ, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭ, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭ, итоговые данные

288

	К	1	2	3	4	5	6
18. Продолжительность расстройства <i>Сколько времени продолжают твои неприятности(перечислите симптомы, которые были подтверждены как положительные)?</i>	6 месяцев или более	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
19. Возраст, когда начались симптомы <i>Сколько тебе было лет, когда это впервые началось (перечислите симптомы)? Были ли у тебя эти проблемы в детском саду? В первом классе?</i>	Расстройство началось до 7-летнего возраста	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
20. Ухудшение функционирования							
<i>а) В обществе сверстников:</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>б) В семье:</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>в) В школе:</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
		ТЭ, итоговые данные			НТЭ, итоговые данные		
21. Свидетельства наличия синдрома дефицита внимания и гиперактивности (DSM-III).		0 1 2			0 1 2		
<i>а) Отвечает критериям по крайней мере 8 следующих симптомов:</i>							
<i>1) Трудно сосредоточить внимание при выполнении задания или во время игры</i>							
<i>2) Не слушает</i>							
<i>3) Трудности при выполнении инструкций</i>							

4) Теряет вещи 5) Легко отвлекается 6) Непоседлив(а) 7) Трудно сидеть на месте		
---	--	--

289

8) С трудом спокойно играет 9) Отвечает, не дожидаясь, когда спросят 10) С трудом дожидается своей очереди 11) Прерывает других, мешая им 12) Мечется от одного дела к другому 13) Слишком много разговаривает 14) Совершает поступки, опасные для жизни б) Продолжительность симптомов 6 месяцев и более в) Начало проявления симптомов до 7-летнего возраста г) Не отвечает критериям <i>Pervasive Developmental Disorder</i>		
22. Свидетельства наличия расстройства согласно DSM-IV а) Либо раздел I, либо раздел II: Невнимание. I. Отвечает по крайней мере 6 критериям или более из следующих 9: 1) Делает много ошибок по невнимательности 2) Трудно сосредоточить внимание при выполнении задания или во время игры 3) Не слушает 4) Трудности при выполнении инструкций 5) С трудом организует выполнение задания 6) Не любит/избегает задания, требующие сосредоточенности 7) Теряет вещи 8) Легко отвлекается 9) Забывчив(а) в повседневной деятельности <i>Или сверхактивность/импульсивность.</i>	0 1 2	0 1 2

290

II. Отвечает по крайней мере 6 критериям или более следующих 9 симптомов: 1) Непоседлив(а) 2) С трудом сидит на одном месте 3) Чрезмерно много бегает или лазает 4) С трудом спокойно играет 5) Постоянно в движении, играет, словно заведенный мотор 6) Слишком много говорит 7) Отвечает, не дожидаясь, когда спросят 8) С трудом дожидается своей очереди 9) Прерывает других, мешая им б) Продолжительность симптомов 6 месяцев и более в) Начало проявления некоторых симптомов до 7-летнего возраста г) Некоторое ухудшение функционирования из-за наличия симптомов должно присутствовать в 2 или более ситуациях (например, в школе и дома) д) клинически значимое ухудшение функционирования ж) Не отвечает критериям <i>Pervasive Developmental Disorder</i>		
23. Преобладающий тип невнимательности За прошедшие 6 месяцев отвечает критериям aI, но не aII	0 1 2	0 1 2
24. Преобладающий тип гиперактивный/импульсивный	0 1 2	0 1 2

За прошедшие 6 месяцев отвечает критериям aII, но не aI		
25. Сочетание 2 типов За прошедшие 6 месяцев отвечает критериям как aII, так и aI	0 1 2	0 1 2
26. Синдром гиперактивности и дефицита внимания, не определяемый никаким другим образом Явные симптомы невнимательности или гиперактивности, которые не отвечают критериям синдрома гиперактивности и дефицита внимания	0 1 2	0 1 2

Синдром оппозиционного поведения. Дополнения

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Легко раздражается и злится	ТЭ			
<i>Часто ли люди досаждают тебе и действуют на нервы? Что тебя выводит из себя?</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
<i>Действительно ли тебя раздражает, когда твои родители говорят, чтобы ты не делал то, что тебе хотелось бы сделать? Что, например? Какие еще вещи в действительности действуют тебе на нервы? Что ты делаешь в состоянии раздражения или досады? Как часто, по-твоему, это происходит?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: при случае легко раздражается и злится. Раздражается чаще, чем обычный ребенок этого возраста (1—3 раза в неделю).
	3	3	3	Порог: легко раздражается и злится ежедневно или почти ежедневно.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

2. Злой и обидчивый	ТЭ			
<i>Часто ли ты злишься и раздражаешься на своих родителей?</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
<i>А на своих учителей? Братьев? Сестер? Друзей? Часто ли другие люди говорят тебе, что ты злишься и раздражаешься? Кто? Как часто это происходит?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда бывает злым и обидчивым. Злится больше, чем обычно дети в этом возрасте (1—3 раза в неделю).
	3	3	3	Порог: злится или обижается ежедневно или почти ежедневно.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. Недоброжелательность и мстительность	ТЭ			
<i>Если кто-нибудь поступает несправедливо по отношению к тебе, пытаешься ли ты ответить тем же? Приведи несколько примеров.</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
<i>Что произойдет, если твой брат или друг поступит так, что у тебя возникнут неприятности или ты рассердишься?</i>	1	1	1	Симптом отсутствует.
<i>Отомстишь ли ты им?</i>	2	2	2	Подпорог: недоброжелательность и/или мстительность больше, чем обычно дети в этом возрасте (1—3 раза в неделю).
<i>Случалось ли такое раньше? Как часто? Бывает ли так, что люди делают тебе что-то плохое, а ты относишься к этому с легкостью? Часто ли так случается?</i>	3	3	3	Порог: проявляет недоброжелательность и мстительность ежедневно или почти ежедневно.

	<i>В прошлом:</i>	_____ Род. _____ Реб.
--	-------------------	--------------------------

				Шк.
4. Сквернословие	ТЭ			
<i>Часто ли ты обзываешься и употребляешь ругательства? Жаловались ли когда-нибудь твои родители или учителя на то, что ты сквернословил? Как часто ты ругаешься?</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда сквернословит больше, чем обычно дети в этом возрасте
	3	3	3	Порог: сквернословит ежедневно или почти ежедневно.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
5. Намеренно досаждаст людям	ТЭ			
<i>Когда твоя мать просит тебя сделать что-нибудь, выполняешь ли ты обычно ее просьбу? Например, если она просит тебя отложить игру, прекращаешь ли ты играть или продолжаешь, притворяясь, что не слышал ее? Говорят ли про тебя, что ты намеренно раздражаешь людей или досаждаешь им? Своим родителям? Учителям? Братьям? На что они жалуются? Считаешь ли ты, что это правда? Не оценивайте поддразнивания братьев и сестер.</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: однажды или дважды по случаю намеренно делал вещи, чтобы раздражать других людей.
	3	3	3	Порог: много раз намеренно делал нечто такое, чтобы раздражать других людей.
	<i>В прошлом:</i>			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

294

6. Обвиняет других в своих ошибках	ТЭ			
<i>Когда ты попадаешь в трудное положение, насколько легко тебе взять на себя ответственность за то, что ты сделал? Обычно это твоя вина или кого-то другого? Как часто ты признаешься в том, что виноват(а)? Думаешь ли ты, что большинство твоих неприятностей происходит из-за других людей, или в этом виноват(а) ты сам(а)?</i>	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда обвиняет других в своих ошибках.
	3	3	3	Отрицает свою ответственность чаще, чем обычно дети в этом возрасте (1—3 раза в неделю).
	<i>В прошлом:</i>			Порог: часто обвиняет других в своих ошибках, примерно в 50% случаев. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.

К — критерии; **1** — ТЭ, данные родителей; **2** — НТЭ, данные родителей; **3** — ТЭ, данные ребенка; **4** — НТЭ, данные ребенка; **5** — ТЭ, итоговые данные; **6** — НТЭ, итоговые данные

	К	1	2	3	4	5	6
7. Продолжительность расстройства <i>Сколько времени продолжаются проблемы с твоим вспыльчивым характером (или другие симптомы)?</i>	6 месяцев или более	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. Ухудшение функционирования							
а) <i>В обществе сверстников:</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
б) <i>В семье:</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
в) <i>В школе:</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

295

9. Свидетельства перципиента	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

(указать):						
	ТЭ, итоговые данные			НТЭ, итоговые данные		
	0 1 2			0 1 2		
10. Свидетельства наличия синдрома оппозиционного поведения а) Критерии DSM-III 1. Отвечает критериям по крайней мере 5 из 9 следующих симптомов оппозиционного поведения (например, потеря самообладания, много спорит со взрослыми; не соблюдает правила; легко раздражается и сердится; злой или мстительный; неброжелательный или мстительный; сквернословит; намеренно досаждают людям; обвиняет других в своих ошибках). 2. Продолжительность симптомов 6 месяцев и более. 3. Не отвечает критериям поведенческих расстройств, и симптомы оппозиционного поведения не проявляются исключительно во время течения психотических заболеваний, дисфимии, общей депрессии, гипомании или маниакального эпизода						
б) Критерии DSM-IV Пункт, оценивающий сквернословие, отсутствует в списке критериев DSM-IV. Для выставления диагноза синдрома оппозиционного поведения необходимо наличие 4 из оставшихся 8 симптомов. Дополнительно к этому должно иметься свидетельство ухудшения функционирования.						

296

Расстройства поведения. Дополнения

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Вандализм	ТЭ			
Ты когда-нибудь разбивал вещи, принадлежащие другим людям? Например, бил ли ты окна?	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
Бил чужие машины?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Что-нибудь еще? Какую самую дорогую вещь ты разбил, испортил или уничтожил умышленно? Делаешь ли ты это, когда ты действительно злишься? Как часто ты умышленно бьешь или уничтожаешь чужие вещи?	2	2	2	Порог: 1—2 случая мелких актов вандализма (например, намеренно разбил чужую игрушку).
	3	3	3	Порог: 3 случая вандализма или более, от средней тяжести до жестокого проявления.
	В прошлом:			_____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
2. Взломы и проникновения	ТЭ			
Участвовали ли ты и твои друзья в попытке взломать чью-нибудь машину за последние 6 месяцев?	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
Взломали дверь в чужой дом?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Проникли в закрытый магазин?	2	2	2	Порог: был вместе с друзьями, которые взламывали чужие машины, дома, магазины, склады или другие здания, но сам(а) активного участия не принимал(а).
Склад? Другие здания? Сколько всего раз примерно ты проникал в чужие машины, дома, магазины, склады или другие здания?	3	3	3	Порог: взламывал чужие машины, дома, магазины,

		склады или	
297			
	В прошлом:		другие здания 1 раз или более. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
3. Воровство с нападением	ТЭ		
За последние 6 месяцев ограбил ли ты или твои друзья кого-нибудь? Украл(а) ли чужой кошелек? Остановливал(а) ли кого-нибудь? Угрожал(а) ли кому-нибудь? Как часто?	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 В прошлом:	Свидетельства отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпорог: был с друзьями, которые нападали и воровали, но сам(а) активного участия не принимал(а). Порог: хулиганил(а), воровал(а) кошельки, вымогал(а), участвовал(а) в вооруженных ограблениях и т. п. 1 раз или более. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.	
4. Поджог	ТЭ		
Устраивал(а) ли ты какие-нибудь поджоги за последние 6 месяцев? Почему ты устраивал(а) пожар? Играл(а) ли ты со спичками, и пожар возник случайно, как несчастный случай, или ты сделал(а) это специально? Злился(лась) ли ты? Пытался(лась) ли ты навредить или хотел отомстить кому-то? Какой самый большой ущерб ты нанес когда-либо своими поджогами? Приблизительно сколько поджогов ты устроил(а)?	0 0 0 1 1 1 2 2 2	Свидетельства отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпорог: играл(а) со спичками. Не имел(а) никакого намерения нанести вред кому-либо или устроить пожар по причине озлобления.	
298			
	В прошлом:		Порог: устроил(а) 1 пожар или более с намерением нанести вред или по причине озлобления. _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.
5. Часто вечерами не бывает дома	ТЭ		
В какое время тебе полагается быть дома вечером? Часто ли ты приходишь домой после назначенного часа? Во сколько самое позднее ты приходил(а) домой поздно вечером? Сколько раз это случилось с тобой?	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 В прошлом:	Свидетельства отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпорог: был(а) вне дома всю ночь или почти всю ночь один-единственный раз. Порог: был(а) вне дома всю ночь или почти всю ночь несколько раз (2 раза или более). _____ Род. _____ Реб. _____ Шк.	
6. Убегал из дома на всю ночь	ТЭ		
За последние 6 месяцев убегал ли ты из дома? Почему? Происходило ли у тебя дома что-нибудь такое, от чего ты старался убежать подальше? Сколько времени ты не был(а) дома? Сколько раз ты убегал из дома? Примечание. Не оценивайте положительно, если ребенок убегал из дома,	0 0 0 1 1 1 2 2 2	Свидетельства отсутствуют. Симптом отсутствует. Подпорог: убегал(а) из дома на всю ночь всего 1 раз или на более короткое	
299			
чтобы избежать физической расправы или сексуальных			время несколько раз.

домогательств.	3	3	3	Порог: убегал(а) из дома, по крайней мере, на 2 ночи или более (2 раза или более) или на одну ночь 2 раза или более. ____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
7. Применение оружия	ТЭ			
Носишь ли ты с собой нож или пистолет? Пугач?	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
Применял(а) ли ты когда-нибудь оружие против кого-нибудь, в том числе кирпич, битые бутылки или прочие вещи? А в случае самообороны? Угрожал(а) ли ты кому-нибудь использовать их, чтобы отомстить?	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: грозился(лась) применить оружие, однако никогда не делал(а) этого.
	3	3	3	Порог: применял(а) оружие, которое может нанести серьезную травму, 1 раз или более (например, нож, кирпич, битую бутылку, пистолет).
	В прошлом:			____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
8. Принуждение к сексу	ТЭ			
Принуждал(а) ли ты кого-нибудь к сексу или к нежелательным сексуальным действиям против воли того человека? Говорил(а) ли кто-нибудь, что ты это	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.

300

делал? Что, по словам другого человека, произошло? Сколько раз это случилось?	2	2	2	Подпорог: принуждал(а) к ласкам вне половых органов 1 раз или более.
	3	3	3	Порог: принуждал(а) к ласкам половых органов, оральному сексу, половым сношениям и/или анальному сексу 1 раз или более.
	В прошлом:			____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
9. Жестокость по отношению к животным	ТЭ			
Некоторые дети любят делать больно животным или мучить их. За последние 6 месяцев делал(а) ли ты больно или пытался(лась) ли ты намеренно причинить боль животным?	0	0	0	Свидетельства отсутствуют.
Стрелял(а) ли ты в кого-нибудь из бее-бее пистолета?	1	1	1	Симптом отсутствует.
Давал(а) ли животным отраву? Что-то другое? Что ты делал(а)? Примерно сколько раз ты специально делал(а) больно животным за последние 6 месяцев?	2	2	2	Подпорог: убил(а) или мучил(а) животное всего 1 раз.
Примечание. Не оценивайте традиционные вылазки на охоту.	3	3	3	Порог: убил(а) или мучил(а) животное 2 раза или более.
	В прошлом:			____ Род. ____ Реб. ____ Шк.

К — критерии; 1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭ, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭ, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭ, итоговые данные

	К	1	2	3	4	5	6
10. Ухудшение функционирования							
а) В обществе сверстников:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

301

б) В семье:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
в) В школе:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

11. Продолжительность расстройства <i>Сколько времени ты(перечислить положительно оцененные симптомы поведенческих расстройств) _____?</i>	6 месяцев или более	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12. Тип группы <i>Делаешь ли ты это(перечислить положительно оцененные симптомы поведенческих расстройств) вместе со своими друзьями? Другими детьми?</i>	Преобладающие поведенческие проблемы возникают как вид групповой активности со сверстниками	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13. Агрессивный тип, действующий в одиночку <i>Делаешь ли ты это(перечислить положительно оцененные симптомы поведенческих расстройств) один?</i>	Большинство поступков, связанных с поведенческими расстройствами, совершено по инициативе самого пациента (а не как групповая деятельность)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

302

14. Недифференцированный тип <i>Совершаешь ли ты некоторые из поступков, о которых мы говорили, со своими друзьями, а остальные в одиночку?</i>	Поведенческие симптомы не могут быть классифицированы как только групповая деятельность или как симптомы агрессивного типа, действующего в одиночку	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15. Детский тип начала заболевания <i>Сколько тебе было лет, когда ты первый раз(перечислить положительно оцененные симптомы поведенческих отклонений) _____?</i>	По крайней мере одна из проблем поведения возникла до 10-летнего возраста	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
16. Подростковый тип начала заболевания <i>Ты не совершал ничего подобного до того, как тебе исполнилось 10 лет?</i>	Отсутствие поведенческих проблем до 10-летнего возраста	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

303

	ТЭ, итоговые данные	НТЭ, итоговые данные
17. Свидетельства расстройств поведения <i>Критерии DSM-III</i> а) Отвечает критериям по крайней мере 3 из следующих 13 симптомов, имевших место за прошедшие 6 месяцев: (вранье, прогулы в	0 1 2	0 1 2

школе, драки, воровство без нападения, вандализм, вскрытие замков чужих машин и домов, воровство с нападением, поджоги, побеги из дома, применение оружия, физическая жестокость к людям, принуждение к сексу, жестокость к животным) б) Продолжительность симптомов 6 месяцев и более в) Если старше 18 лет, то не отвечает критериям антиобщественных личностных заболеваний		
<i>Критерии DSM-IV</i> а) Отвечает критериям по крайней мере 3 из следующих 15 симптомов, имевших место за прошедшие 12 месяцев, и если по крайней мере 1 симптом присутствовал в течение 6 прошедших месяцев (вранье, прогулы в школе, драки, хулиганство, часто приходит домой поздно или не ночует дома вообще, воровство без нападения, вандализм, взламывание замков чужих машин и домов, воровство с нападением, поджоги, побеги из дома, применение оружия, физическая жестокость к людям, принуждение к сексу, жестокость к животным)	0 1 2	0 1 2

304

б) Поведение служит причиной клинического ухудшения функционирования в) Если старше 18 лет, то не отвечает критериям антиобщественных личностных заболеваний		
<i>Детский тип начала заболевания</i> Начало проявления по крайней мере одного критерия до 10-летнего возраста	0 1 2	0 1 2
<i>Подростковый тип заболевания</i> Отсутствие каких-либо критериев до 10-летнего возраста	0 1 2	0 1 2
<i>Мелкие проблемы</i> Наличие немногих симптомов (если они вообще имеются) в дополнение к тем, которые требуются для диагноза, и при этом поведенческие проблемы лишь причиняют мелкие неудобства и неприятности другим (например, вранье, прогулы, поздний приход домой)	0 1 2	0 1 2
<i>Проблемы средней тяжести</i> Количество и влияние проблем определяется их промежуточным положением между «Мелкими проблемами» и «Тяжелыми проблемами» (например, воровство без столкновения с жертвой, вандализм)	0 1 2	0 1 2
<i>Тяжелые проблемы</i> Наличие многих проблем в дополнение к тем, которые требуются для диагноза, или если поведенческие проблемы лишь причиняют существенный вред	0 1 2	0 1 2

305

другим (например, секс по принуждению, применение оружия, воровство при столкновении с жертвой, кража со взломом).		
--	--	--

Дополнение № 5. Употребление наркотических веществ и другие болезни

Злоупотребление алкоголем/алкогольная зависимость
Злоупотребление наркотическими веществами/наркотическая зависимость

Злоупотребление алкоголем. Дополнение

	Род.	Реб.	Шк.	
1. Частота	ТЭ			
Как часто ты обычно выпиваешь в настоящее время?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
В основном в выходные дни?	1	1	1	Симптом отсутствует.
По пятницам и субботам?	2	2	2	Подпорог: 1—2 раза в неделю.
В будние дни тоже?	3	3	3	Порог: 3 раза в неделю или более.
Примечание. Зарегистрируйте наиболее общие примеры употребления алкоголя (например, если обычно выпивает 1—2 раза в неделю или больше, поставьте 2 балла). Если приводимые пациентом данные непостоянны, дайте среднюю оценку	В прошлом:			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
2. Количество	ТЭ			
Сколько рюмок _____ ты обычно выпиваешь?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: 1—2 рюмки.
	3	3	3	Порог: 3 рюмки или более.
	В прошлом:			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>

306

3. Пьет больше, чем планировал(а) выпить	ТЭ			
Говорил(а) ли ты себе когда-нибудь, что, например, сегодня вечером ты выпьешь только 1—2 рюмки, а потом все равно оказывалось, что ты пьян(а)? Как часто это с тобой случается?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: иногда выпивает больше, чем предполагал(а).
	3	3	3	Порог: часто выпивает больше, чем предполагал(а).
	В прошлом:			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
4. Отрицательные последствия — физические	ТЭ			
Было ли тебе плохо из-за того, что ты слишком много пил, за последние 6 месяцев? Сколько раз тебе было плохо? Не наносил(а) ли ты себе случайно увечья в пьяном состоянии? Случалось ли, что ты падал(а) и подворачивал(а) при этом лодыжку или получал(а) ушибы другим образом? Терял(а) ли ты сознание? Просыпался(лась) ли ты на следующий день не в силах вспомнить, что ты делал(а) накануне вечером?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: отрицательные последствия всего в одном отдельном случае.
	3	3	3	Порог: отрицательные последствия в 2 случаях или более.
	В прошлом:			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>
5. Отрицательные последствия — опасное поведение	ТЭ			
За последние 6 месяцев совершал(а) ли ты что-нибудь опасное в пьяном виде? Водил(а) ли ты машину в состоянии опьянения?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.

307

Превышал(а) ли скорость на скоростных дорогах? Совершал(а) ли ты в пьяном виде какие-нибудь другие вещи, которые не стал(а) бы делать в нормальном состоянии, например перебежал(а) железнодорожные пути перед приближающимся поездом? Совершал(а) ли ты другие рискованные поступки?	2	2	2	Подпорог: отрицательные последствия всего в одном отдельном случае.
	3	3	3	Порог: отрицательные последствия в 2 случаях или более.
	В прошлом:			<div>_____ Род.</div> <div>_____ Реб.</div> <div>_____ Шк.</div>

6. Отрицательные последствия — психологические	ТЭ			
<i>Заметно ли изменяется твое настроение, когда ты пьешь? Легко ли, по-твоему, разозлить тебя? Меняется ли твое настроение, когда из счастливого человека ты превращаешься в грустного?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: отрицательные последствия всего в одном отдельном случае.
	3	3	3	Порог: отрицательные последствия в 2 случаях или более.
	<i>В прошлом:</i>			____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
7. Отрицательные последствия, сказывающиеся на учебе и работе	ТЭ			
<i>За последние 6 месяцев имел(а) ли ты какие-нибудь проблемы в школе из-за того, что пьешь? Экзамены, которые ты не сдал(а), потому что не мог(ла) готовиться к ним, так как был(а) сильно пьян(а) или болела голова с похмелья и было не до занятий? Домашние задания, которые ты не делал(а)?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: отрицательные последствия всего в одном отдельном случае.
	3	3	3	Порог: отрицательные последствия в 2 случаях или более.

308

<p>Считаешь ли ты, что твое пристрастие к алкоголю влияет на твои школьные занятия? Выказывал ли кто-нибудь другой такое предположение?</p> <p>Для учащихся, которые работают:</p> <p>Сказалось ли как-нибудь твое пристрастие к алкоголю на твоей работе? Пропустил(а) ли ты какие-нибудь рабочие дни, потому что плохо себя чувствовал(а) с похмелья?</p> <p>Имел(а) ли ты неприятности из-за того, что был(а) пьян(а)?</p>	3	3	3	<p>Порог: отрицательные последствия в 2 случаях или более.</p> <p>_____ Род.</p> <p>_____ Реб.</p> <p>_____ Шк.</p>
	В прошлом:			
8. Отрицательные последствия — социальные	ТЭ			
<p>Были ли у тебя серьезные выяснения отношений или ссоры с друзьями или членами твоей семьи, когда ты был(а) пьян(а) или из-за того, что ты начал(а) пить? Потерял(а) ли ты кого-то из своих друзей из-за своего пристрастия к алкоголю или у тебя появились проблемы в отношениях с членами твоей семьи по той же причине? Были ли у тебя сложности в общении с другими людьми?</p>	0	0	0	<p>Сведения отсутствуют.</p> <p>Симптом отсутствует.</p> <p>Подпорог: отрицательные последствия всего в одном отдельном случае.</p> <p>Порог: отрицательные последствия в 2 случаях или более.</p> <p>_____ Род.</p> <p>_____ Реб.</p> <p>_____ Шк.</p>
	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	
	В прошлом:			
9. Отрицательные последствия — соблюдение законности	ТЭ			
<p>За последние 6 месяцев совершил(а) ли ты что-нибудь противозаконное, когда был(а) сильно пьян(а)? Угонял(а) машину? Пускался(лась) в увеселительное путешествие (на машине с превышением скорости)? Останавливали ли тебя за вождение машины в нетрезвом виде? Другие вещи?</p>	0	0	0	<p>Сведения отсутствуют.</p> <p>Симптом отсутствует.</p> <p>Подпорог: отрицательные последствия всего в одном отдельном случае.</p> <p>Порог: отрицательные последствия</p>
	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	

309

	В прошлом:			в 2 случаях или более. ____ Род. ____ Реб. ____ Шк.
10. Находился(лась) под воздействием алкоголя в момент, когда должен(а) был(а) выполнять свою ключевую обязанность	ТЭ			
<i>За прошедшие 6 месяцев случалось ли такое, что ты пил(а) в школе или шел(шла) в школу в пьяном виде? Пил(а), когда сидел(а) с чужими детьми? Ходил(а) ли ты в пьяном виде на работу или выпивал(а) на работе?</i>	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: 1 или 2 раза.
	3	3	3	Порог: 3 или большее число раз.

Как часто это случалось?	В прошлом:			<input type="text"/> Род. <input type="text"/> Реб. <input type="text"/> Шк.
11. Вследствие злоупотребления алкоголем заброшена или сокращена важная профессиональная, общественная или связанная с отдыхом активность	ТЭ			
За последние 6 месяцев сколько раз ты пропускал(а) школу или работу ради того, чтобы пойти выпить?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
Пропускал(а) ли ты их из-за того, что плохо себя чувствовал(а) с похмелья? Согласишься ли ты с тем, что в последнее время ты предпочитал(а) пить, вместо того чтобы тратить время на свои любимые занятия, которые тебе раньше нравились, например занятия спортом или другие вещи? Поглощает ли твое пристрастие к алкоголю то время, которое ты раньше проводил со своей семьей или с друзьями?	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: всего в одном отдельном случае пропустил(а) важное дело или занятие.
	3	3	3	Порог: пропустил(а) важное дело или занятие несколько раз.
	В прошлом:			<input type="text"/> Род. <input type="text"/> Реб. <input type="text"/> Шк.

310

12. Время, которое тратится на потребление алкоголя и то, что связано с этим	ТЭ			
Сколько времени ты тратишь на потребление спиртного, на то, чтобы почувствовать себя пьяным, или на то, чтобы отойти от состояния опьянения? Много ли ты думаешь о том, чтобы напиться, или о том, где достать спиртное?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: время, которое тратится на потребление алкоголя и то, что с этим связано, ограничено (например, временем, обычно предназначавшемся для отдыха).
	3	3	3	Порог: время, которое тратится на потребление алкоголя и то, что с этим связано, превышает время, обычно предназначавшееся для отдыха, и затрудняет другие виды деятельности.
	В прошлом:			<input type="text"/> Род. <input type="text"/> Реб. <input type="text"/> Шк.
13. Толерантность к алкоголю	ТЭ			
Думаешь, ли ты, что теперь тебе надо выпить больше, чтобы почувствовать опьянение, чем когда ты только начал(а) пить? Сколько тебе надо выпить, чтобы почувствовать опьянение?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: нужно выпить на 1—2 рюмки больше, чем в самом

311

	3	3	3	начале, чтобы почувствовать опьянение или добиться желаемого эффекта. Порог: нужно выпить на 3 рюмки больше, чем в самом начале, чтобы почувствовать опьянение или добиться желаемого эффекта.
	В прошлом:			<input type="text"/> Род. <input type="text"/> Реб. <input type="text"/> Шк.
14. Попытки перестать пить	ТЭ			
Делал(а) ли ты когда-нибудь попытки перестать пить или сократить количество потребляемого алкоголя? Сколько раз ты пытался(лась) сократить количество потребляемого алкоголя?	0	0	0	Сведения отсутствуют.
	1	1	1	Симптом отсутствует.
	2	2	2	Подпорог: периодические мысли о желании сократить

	3	3	3	<p>количество потребляемого алкоголя.</p> <p>Порог: 1 или более неудачных попыток сократить количество потребляемого алкоголя или контролировать его потребление.</p> <p>_____ Род.</p> <p>_____ Реб.</p> <p>_____ Шк.</p>
	В прошлом:			

312

К — критерии; 1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭ, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭ, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭ, итоговые данные

	К	1	2	3	4	5	6
15. Абстиненция Появлялась ли у тебя когда-нибудь дрожь, когда ты уменьшал количество потребляемого алкоголя или совсем прекращал пить? Были ли сильные головные боли? Чувствовал ли ты сильный страх, депрессию или возбуждение? Появлялись ли новые проблемы со сном? Тошнота? Временные галлюцинации или обман чувств? Не включайте в оценку состояние «похмелья»	Подтверждается 1 или больше симптомов абстиненции	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
16. Употребление алкоголя для облегчения абстиненции Употребляешь ли ты иногда алкоголь, чтобы не чувствовать себя плохо или не ощущать дрожь?	1 раз или более	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17. Продолжительность В течение какого времени у тебя наблюдались симптомы злоупотребления алкоголем/зависимость от алкоголя?	Некоторые симптомы продолжались по крайней мере 1 месяц	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

313

	ТЭ, итоговые данные	НТЭ, итоговые данные
18. Свидетельства злоупотребления алкоголем а) Критерии DSM-III Один или несколько следующих симптомов: свидетельства рецидивирующих отрицательных физических, психологических, профессиональных (школа) или социальных последствий, вызванных или обостренных употреблением или повторяющимся	0 1 2	0 1 2

употреблением алкоголя в опасных для жизни ситуациях (например, вождение машины в состоянии опьянения). Некоторые симптомы заболевания продолжаются по крайней мере 1 месяц или возникают повторно в течение более длительного времени. Заболевание никогда не отвечало критериям алкогольной зависимости.		
б) <i>Критерии DSM-IV</i> Один или несколько следующих симптомов: продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на повторяющиеся профессиональные (школа) или социальные последствия, вызванные или обостренные алкоголем; повторяющееся употребление алкоголя в опасных для жизни ситуациях; повторяющиеся проблемы с соблюдением законности; рецидивирующее употребление алкоголя в момент, когда должен(а) был(а) выполнять свои ключевые обязанности.	0 1 2	0 1 2
19. Свидетельства алкогольной зависимости а) <i>Критерии DSM-III</i> Подтверждаются 3 или более из следующих симптомов:	0 1 2	0 1 2

314

1) пьет больше, чем планировал(а); 2) продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на физические, психологические или социальные проблемы либо опасное для жизни поведение; 3) частые состояния опьянения или абстиненции в момент, когда должен(а) выполнять свои ключевые обязанности; 4) заброшена или сокращена важная общественная, профессиональная или оздоровительная деятельность из-за употребления алкоголя; 5) время, которое тратится на употребление алкоголя; 6) толерантность (50%-ное увеличение количества алкоголя, необходимого для опьянения или достижения желаемого эффекта); 7) безуспешная(ые) попытка(и) сократить или контролировать потребление алкоголя; 8) имеется опыт абстиненции и симптомов отказа; 9) пьет, чтобы облегчить симптомы абстиненции. Некоторые симптомы болезни продолжаются по крайней мере 1 месяц или повторяются в течение более длительного времени.		
б) <i>Критерии DSM-IV</i> Наличие 3 или более нижеследующих симптомов, наблюдаемых в любое время в течение одного и того же 12-месячного периода: 1) пьет больше, чем планировал(а); 2) продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на физические, психологические или социальные проблемы или опасное для жизни поведение;	0 1 2	0 1 2

315

3) заброшена или сокращена важная общественная, профессиональная или оздоровительная деятельность из-за		
---	--	--

употребления алкоголя; 5) время, которое тратится на употребление спиртного; 6) толерантность (50%-ное увеличение количества алкоголя, необходимого для опьянения или достижения желаемого эффекта); 7) безуспешная(ые) попытка(и) сократить или контролировать потребление алкоголя; 8) имеется опыт абстиненции и симптомов отказа; 9) пьет, чтобы облегчить симптомы абстиненции.		
---	--	--

Примечание. Злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость может ассоциироваться со следующим из паттернов:

1. Регулярное ежедневное потребление алкоголя в больших количествах.
2. Регулярное потребление алкоголя в выходные дни в больших количествах.
3. Длительные периоды трезвости, перемежающиеся с приступами ежедневного потребления больших количеств алкоголя, что продолжается в течение нескольких недель или дольше.

316

Злоупотребление наркотическими веществами. Дополнение

1. Частота

Как часто ты обычно употребляешь _____? Большинство выходных дней? В будние дни?

Для описания наркотиков используйте термины, которые употребляет испытуемый.

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: 1 или 2 раза в неделю

3 — порог: 3 раз в неделю или более

1 — ТЭ, данные родителей; 2 — НТЭ, данные родителей; 3 — ТЭ, данные ребенка; 4 — НТЭ, данные ребенка; 5 — ТЭ, итоговые данные; 6 — НТЭ, итоговые данные

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опиумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

317

2. Употребляет больше, чем планировал

Говоришь ли ты себе когда-нибудь, что, например, сегодня вечером ты выкуришь только одну сигарету с марихуаной, вдохнешь всего одну дорожку кокаина и т. п., а кончается тем, что на самом деле ты принял(а) гораздо больше наркотиков, чем планировал(а)? Как часто это происходит?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: иногда принимает больше наркотических веществ, чем планировал(а)

3 — порог: часто принимает больше наркотических веществ, чем планировал(а)

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

318

3. Отрицательные последствия — физические

За последние 6 месяцев случалось ли, что ты плохо себя чувствовал(а), потому что принимал(а) слишком много _____? Сколько раз? Не наносил(а) ли ты себе случайно увечья, когда был под влиянием наркотиков? Падал(а) ли ты и подворачивал(а) при этом лодыжку или получал(а) другие ушибы? Терял(а) ли ты сознание? Просыпался(лась) ли ты на следующий день, не в силах вспомнить, что ты делал(а) накануне вечером?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: отрицательные последствия в одном изолированном случае

3 — порог: отрицательные последствия в 2 или более случаях

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

319

4. Отрицательные последствия: поведение — опасное для жизни

За последние 6 месяцев совершал(а) ли ты что-нибудь опасное для жизни, когда был(а) в состоянии наркотического опьянения? Вел(а) ли ты машину?

Превышал(а) ли скорость на скоростных дорогах? Совершал(а) ли ты в состоянии наркотического опьянения какие-нибудь другие вещи, которые бы ты не стал(а) делать в нормальном состоянии, например, перебежал(а) ли ты железнодорожные пути при приближающемся поезде? Совершал(а) ли ты другие рискованные поступки?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: отрицательные последствия в одном изолированном случае

3 — порог: отрицательные последствия в двух или более случаях

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

320

5. Отрицательные последствия — психологические

Заметно ли изменяется твоё настроение, когда ты употребляешь ____? Легко ли, по-твоему, разозлить тебя? Меняется ли твоё настроение и превращаешься ты из счастливого человека в грустного? Плачешь ли ты по всяким пустякам?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: отрицательные последствия в одном изолированном случае

3 — порог: отрицательные последствия в 2 или более случаях

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

6. Отрицательные последствия — профессиональные

За последние 6 месяцев имел(а) ли ты какие-нибудь проблемы в школе из-за того, что ты ____? Экзамены, которые ты не сдал(а), потому что не мог(а) готовиться к ним, так как был(а) в сильном наркотическом опьянении или болела голова после приема наркотиков и было не

321

до занятий? Домашние задания, которые ты не делал(а)? Считаешь ли ты, что твое пристрастие к _____ влияет на твои школьные занятия? Высказывал ли кто-нибудь другой такое предположение?

Для учащихся, которые работают. Сказалось ли как-нибудь твое пристрастие к _____ на твоей работе? Пропустил(а) ли ты какие-нибудь рабочие дни, потому что плохо себя чувствовал(а) после приема наркотиков? Имел(а) ли ты неприятности из-за того, что был(а) в состоянии наркотического опьянения?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: отрицательные последствия в одном изолированном случае

3 — порог: отрицательные последствия в 2 или более случаях

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опиумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

322

7. Отрицательные последствия — социальные

Были ли у тебя серьезные выяснения отношений или ссоры с друзьями или членами твоей семьи, когда ты был(а) в состоянии сильного наркотического опьянения или из-за того, что ты начал(а) употреблять наркотики? Потерял(а) ли ты кого-то из своих друзей из-за своего пристрастия к наркотикам или у тебя появились проблемы в отношениях с членами твоей семьи по той же причине? Были ли у тебя сложности в общении с другими людьми?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: отрицательные последствия в одном изолированном случае

3 — порог: отрицательные последствия в 2 или более случаях

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опиумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

323

8. Отрицательные последствия — соблюдение законности

За последние 6 месяцев совершил(а) ли ты что-нибудь противозаконное, когда находился(лась) в сильном наркотическом опьянении? Угонял(а) машину? Пускался(лась) в увеселительное путешествие (в машине с превышением скорости)? Останавливали ли тебя за вождение машины в нетрезвом виде? Другие вещи?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: отрицательные последствия в одном изолированном случае

3 — порог: отрицательные последствия в 2 или более случаях

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

324

9. Находился(лась) под воздействием наркотического отравления в момент, когда должен(а) был(а) выполнять свои основные обязанности

За прошедшие 6 месяцев случалось ли такое, что ты употреблял(а) наркотики в школе или шел(шла) в школу в состоянии наркотического отравления? Употреблял(а) ли ты наркотики, когда сидел(а) с чужими детьми? Ходил(а) ли на работу, будучи под влиянием наркотиков, или принимал(а) _____ на работе? Как часто это случалось?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: 1 или 2 раза

3 — порог: 3 или более раз

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

325

10. Вследствие злоупотребления наркотиками заброшена или сокращена важная профессиональная, общественная или связанная с отдыхом активность

За последние 6 месяцев сколько раз ты пропускал(а) школу или работу ради наркотиков? Пропускал(а) ли ты их из-за того, что плохо себя чувствовал(а) после приема наркотиков? согласишься ли ты с тем, что в последнее время ты предпочитал(а) употреблять _____, вместо того чтобы тратить время на свои любимые занятия, которые тебе раньше нравились: например, занятия спортом или другие вещи? Тратишь ли ты на наркотики то время, которое ты раньше проводил(а) со своей семьей или с друзьями?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: важная деятельность пропущена только один-единственный раз

3 — порог: важная деятельность пропущена 2 или более раз

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

326

11. Время, которое тратится на употребление наркотиков и то, что связано с этим

Сколько времени ты тратишь на _____, на то, чтобы почувствовать действие наркотиков, или на то, чтобы отойти от состояния наркотического опьянения? Много ли ты думаешь о том, как и где достать наркотики?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: время, которое тратится на употребление наркотиков и мысли о них, ограничено выходными днями

3 — порог: время, которое тратится на употребление наркотиков и мысли о них, сказывается на функционировании (влияние оценивается от умеренного до сильного). Употребляет наркотики в будние дни.

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

12. Толерантность к наркотикам

Думаешь ли ты, что теперь тебе нужно принять больше наркотиков, чтобы почувствовать их действие, чем когда ты только начал(а) их употреблять?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: нужно принять несколько больше наркотиков, чтобы почувствовать результат или добиться желаемого ощущения

3 — порог: нужно принять по крайней мере в 1,5 раза больше наркотиков, чем в самом начале, чтобы почувствовать результат или добиться желаемого ощущения

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

13. Попытки перестать употреблять наркотики

Делал(а) ли ты когда-нибудь прежде попытки перестать употреблять наркотики или сократить количество принимаемых наркотиков? Что произошло?

Коды

0 — сведения отсутствуют

1 — симптом отсутствует

2 — подпорог: периодические мысли о желании сократить количество употребляемых наркотиков или контролировать их употребление

3 — порог: 1 или более неудачных попыток сократить количество употребляемых наркотиков или контролировать их потребление

	1	2	3	4	5	6
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

14. Симптомы абстиненции

Была ли у тебя какая-либо плохая реакция, когда ты пытался прекратить или уменьшить количество принимаемых наркотиков?

Коды: дрожь, паранойя, галлюцинации, бессонница, депрессия, тревога и пр.
Один симптом или более.

329

15. Употребление наркотиков для облегчения симптомов абстиненции
(Если имеются сообщения о наличии симптомов абстиненции.) Что ты делаешь, чтобы снять _____? Ты принимал _____?

Коды: более 1 раза.

16. Продолжительность

Коды: наличие некоторых симптомов в течение по крайней мере 1 месяца.

17. Свидетельства злоупотребления наркотическими веществами

- Критерии DSM-III

Подтверждаются 1 или более из перечисленных далее симптомов: свидетельства продолжающихся физических, психологических, профессиональных (школа) или социальных последствий, вызванных или обостренных рецидивирующим употреблением наркотиков в ситуациях, опасных для жизни (например, вождение машины под воздействием наркотического отравления). Некоторые симптомы болезни упорно продолжаются по крайней мере 1 месяц или продолжают повторяться в течение более длительного времени. Никогда не отвечало критериям наркотической зависимости.

	ТЭ, итоговые данные	НТЭ, итоговые данные
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3

330

- Критерии DSM-IV

Подтверждается 1 или более из перечисленных далее симптомов: свидетельства продолжающегося употребления наркотиков, несмотря на непрекращающиеся профессиональные (школа) или социальные последствия, вызванные или обостренные употреблением наркотиков; рецидивирующее употребление наркотиков в ситуациях, опасных для жизни. Повторяющиеся проблемы, связанные с соблюдением законности; рецидивирующее употребление наркотиков в момент, когда пациент должен играть основную роль в выполнении своих обязанностей.

	ТЭ, итоговые данные	НТЭ, итоговые данные
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3

е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3

18. Свидетельства алкогольной зависимости

- *Критерии DSM-III*

Подтверждаются 3 или более из следующих далее симптомов:

- 1) употребляет больше наркотиков, чем планировал;
- 2) продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на физические, психологические или социальные проблемы или опасное для жизни поведение;
- 331 3) частые состояния наркотического опьянения или симптомы абстиненции в момент, когда должен(на) играть основную роль в выполнении своих обязательств;
- 4) заброшена или сокращена важная общественная, профессиональная или оздоровительная деятельность из-за употребления наркотиков;
- 5) время, которое тратится на наркотики;
- 6) толерантность (50%-ное увеличение количества наркотических веществ, необходимых для наркотического опьянения или достижения желаемого эффекта;
- 7) безуспешная(ые) попытка(и) сократить или контролировать употребление наркотиков;
- 8) имеется опыт абстиненции и симптомов отказа;
- 9) принимает наркотики, чтобы облегчить симптомы абстиненции.

Некоторые симптомы болезни продолжаются по крайней мере 1 месяц или продолжают повторяться в течение более длительного времени.

	ТЭ, итоговые данные	НТЭ, итоговые данные
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3

332

- *Критерии DSM-IV*

Наличие 3 или более нижеследующих симптомов, наблюдаемых в любое время в течение одного и того же 12-месячного периода:

- 1) принимает больше наркотиков, чем планировал;
- 2) продолжающееся употребление наркотиков, несмотря на физические, психологические или социальные проблемы или опасное для жизни поведение;

- 3) заброшена или сокращена важная общественная, профессиональная или оздоровительная деятельность из-за употребления наркотиков;
- 4) время, которое тратится на наркотики;
- 5) толерантность (50%-ное увеличение количества наркотических веществ, необходимых для наркотического опьянения или достижения желаемого эффекта);
- 6) безуспешная(ые) попытка(и) сократить или контролировать потребление наркотиков;
- 7) имеется опыт абстиненции и симптомов отказа.

	ТЭ, итоговые данные	НТЭ, итоговые данные
а) Гашиш	0 1 2 3	0 1 2 3
б) Стимулирующие средства	0 1 2 3	0 1 2 3
в) Седативные препараты/снотворные/транквилизаторы	0 1 2 3	0 1 2 3
г) Кокаин	0 1 2 3	0 1 2 3
д) Опииумсодержащие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
е) РСР	0 1 2 3	0 1 2 3
ж) Галлюциногены	0 1 2 3	0 1 2 3
з) Разбавители/ингаляторы	0 1 2 3	0 1 2 3
и) Другие вещества	0 1 2 3	0 1 2 3
к) Одновременное употребление нескольких наркотических веществ	0 1 2 3	0 1 2 3

333

Примечание. Злоупотребление наркотиками или наркотическая зависимость может ассоциироваться со следующим из паттернов:

- 1) регулярное ежедневное употребление наркотиков в больших количествах;
- 2) регулярное употребление наркотиков в выходные дни;
- 3) длительные периоды трезвости, перемежающиеся с приступами ежедневного употребления больших количеств наркотиков, что продолжается в течение нескольких недель или дольше.

334

Литература

Бандура А., Уолтерс Р. Подростковая агрессия. М., 2000.

Беличева С. А. Типология детско-подростковой дезадаптации и стратегия диагностико-коррекционной работы // Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. М., 1998. С. 41—45.

Вострокнутов Н. В. Патологические формы делинквентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и специально-медицинская реабилитация): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1997.

Выготский Л. С. Развитие трудного ребенка и его изучение // Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. М., 1982. С. 175—180.

Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М., 1999.

Гордякова О. В. Влияние личностной агрессивности и тревожности подростков на эмоциональное отношение к агрессии в телевизионной рекламе // Психологический журнал. 1999. № 4. С. 96—101.

Грибанова Г. В. Психологическая диагностика личностного развития детей и подростков при семейном алкоголизме // Детская патопсихология: Хрестоматия. М., 2000. С. 284—298.

Григоренко Е. Л., Паулз Д. Л. Генетические факторы, влияющие на возникновение девиантных форм развития и детских психиатрических расстройств // Дефектология. 1995. № 3. С. 3—26.

Заваденко Н. Н. Неврологические основы дефицита внимания и гиперактивности у детей: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1999.

Корнилов А. П., Булыгина В. Г., Корнилова Т. В. Синдром гиперактивности и дефицита внимания // Журнал практического психолога. 2000. № 3—4.

Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д. Факторы социального и психологического неблагополучия подростков в показателях методик стандартизованного интервью и листов наблюдения // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 107—122.

Корнилова Т. В., Смирнов С. Д., Григоренко Е. Л. Влияние нарушений социальной экологии (как условий жизни) на психологические особенности подростков // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2002. № 1. С. 3—15.

Лебединская К. С., Райская М. М., Грибанова Г. В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере // Детская патопсихология. Хрестоматия. М., 2000. С. 272—273.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.

Леонтьев А. Н., Лурия А. Р., Смирнов А. А. О диагностических методах психологического исследования школьников // Советская педагогика. 1968. № 7. С. 65—77.

Личко А. Е. О различиях в подходе к проблеме психопатий у подростков в современной советской и американской психиатрии // Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987. С. 109—119.

335

Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М., 1999.

Лубовский В. И. Дифференциальная психодиагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы // Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. М., 1998. С. 9—18.

Петров А. В. Психопатия как предмет междисциплинарного исследования // Психологический журнал. 1999. № 5. С. 96—102.

Пирожков В. Ф. Криминальная психология. Подросток в условиях социальной изоляции. М., 1998.

Подростковая судебная психиатрия / Под ред. В. А. Гурьевой. М., 1998. 364 с.

Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.; Воронеж, 2000.

Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития // Материалы конференции (25—27 ноября 1998). М., 1998.

Равич-Щербо И. В., Марютина Т., Григоренко Е. Л. Психогенетика. М., 1999.

Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 1998.

Смирнов С. Д., Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л. Влияние нарушений социальной экологии (как условий жизни) на психологические особенности подростков // Вестник МГУ. Сер. Психология. 2002. № 3. С. 3—15.

Собкин В. С., Кузнецова Н. И. Российский подросток 90-х: движение в зону риска. М., 1998.

Фельдштейн Д. И. Психология развития личности в онтогенезе. М., 1989.

Шульга Т. И., Олиференко Л. Я. Психологические основы работы с детьми группы риска в учреждениях социальной помощи и поддержки. М., 1997.

Anderson T., Dixon W. E. Confirmatory factor analysis of the Wechler Intelligence Scale for children-revised with normal and psychiatric adolescents // Journal of Research on Adolescence, 1995. V. 5. № 3. P. 319—332.

Bellak L. The Schizophrenic Syndrome and Attention Deficit Disorderthesis, Antithesis, and Synthesis? // Copyright. 1994 by the American Psychologist Association, Inc. 0003-066 X/94. V. 49. № 1. P. 25—29.

Bellak L., Black R. B. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults // Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999. V. 38. № 11. P. 1355—1362.

Bellak L., Kay S., Opler L. Attention deficit disorder psychosis as a diagnostic category // Psychiatric Developments. 1987. № 3. P. 239—263.

Biederman J., Faraone S. V., Keenan K. et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder // Archiv of Genetic Psychiatry. 1992. V. 49. P. 728—738.

Burket R. C., Myers W. C. Axis I and personality comorbidity in adolescents with conduct disorder // Bull. Am. Acad. Psychiatry Law. 1995. V. 23. № 1. P. 73—95.

Christian R., Frick P. J., Hill N., Tyler L. A., Frazer D. Psychopathy and conduct problems in children: II. Subtyping children with conduct problems based on their interpersonal and affective style // Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997. V. 36. P. 233—241.

336

- Frick P. J. Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior. New York: Plenum Press, 1999.
- Elman I., Sigler M., Kronenberg J., Lindenmayer J. P., Doron A., Mendlovic S., Gaoni B. Characteristics of patients with schizophrenia successive to childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) // *Pediatr. Clin. North / Am.* 1999. V. 46. № 5. P. 915—927.
- Gough H. G. A new dimension of status. I. Development of a personality scale // *American Sociological Review.* 1948. V. 13.
- Greene R. W., Biederman J., Faraone S. V., Sienna M., Garsia-Jetton J. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study // *Clin. Ther.* 1992. V. 14. № 2. P. 138—147.
- Hare R. D. Comparison of procedures for the assessment of psychopathy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1985. № 1. P. 7—16.
- Hare R. D., Hart S. D., Harpur T. J. Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder // *Journal of Abnormal Psychology.* 1991. V. 100. № 3. P. 391—398.
- Harpur T., Hare R. D. Assessment of psychopathy as a function of age // *Journal of Abnormal Psychology.* 1994. V. 103. № 4. P. 604—609.
- Hart S. D., Forth A. E., Hare R. D. Performance of criminal psychopaths on selected neuropsychological tests // *Journal of Abnormal Psychology.* 1990. V. 99. № 4. P. 374—379.
- Karter A., Grigorenko E., Pauls D. L. Russian adaptation of the Child Behaviour Check-list: Psychometric properties and association with child and maternal affective symptomatology family functional // *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1995. V. 23. P. 663—686.
- Kiddie-SADS — Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6—18 Years). Manual.
- Lilienfeld S. O., Waldman I. D. The relation between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behavior reexamined: The problem of heterogeneity // *Clinical Psychology Review.* 1990. № 10. P. 699—725.
- Matthys W., De Vries H., Hectors A., Veerbeek M., Heidemann W., Goud M., Van Hoof J. A. R. A. M., Van Engeland H. Differences between conduct disordered and normal control children in tendencies to escalate or neutralize conflicts when interacting with normal peers // *Child Psychiatry and Human Development.* 1995. V. 26. № 1. P. 29—41.
- Schmidt K., Freidson S. Atypical outcome in attention deficit hyperactivity disorder // *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1990. V. 29. № 4. P. 566—570.
- Spencer T., Biederman J., Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity // *Journal Consult. Clin. Psychol.* 1997. V. 65. № 5. P. 758—767.
- Willcutt E. G., Pennington B. F., Chhabildas N. A., Friedman M. C., Alexander J. Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins // *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1999. V. 38. № 11. P. 1355—1362.

Список замеченных опечаток

Страница	Место на странице	Опечатка	Должно быть	Примечание
17	3 абзац сверху (а. св.)	и при возникновения поведенческих проблем	и при возникновении поведенческих проблем	
20	1 абзац снизу (а. сн.)	в симптоматику	в симптоматику	Ошибка в данном слове встречается далее на страницах 21 и 107
21	2 а. сн.	Этот позволяет многим исследователям	Это позволяет многим исследователям	
26	2 а. сн.	синдромомы	синдромы	
30	3 а. св.	Психодигностика	Психодиагностика	

77	2 а. св.	подростков, не характеризующихся поведенческим проблемами	подростков, не характеризующихся поведенческими проблемами	
90	1 а. св.	семейную дезадаптацию	семейную дезадаптацию	
93	4 а. св.	свои отношения со сверстникам	свои отношения со сверстниками	
115	1 а. св.	<i>экстернализации</i>	<i>экстернализации</i>	
158	Таблица (Т.), 2 колонка (кол.) слева, 7 строка (стр.) сверху	правдоподобно	правдоподобно	
199	Т., 1 кол. слева, 1 стр. сверху	при распросе	при расспросе	
206	Т., 1 кол. слева, 3 стр. сверху	было сообщено	было сообщено	
216	4 а. св.	расстройства почве избегания	расстройства на почве избегания	
226	Т., 1 кол. слева, 1 стр. снизу	<i>Отвлекают ли тебе эти мысли?</i>	<i>Отвлекают ли тебя эти мысли?</i>	
238	Т., 1 кол. справа, 2 стр. сверху	Симптом отсутствует.	Симптом отсутствует.	Та же ошибка встречается далее на странице 241
254	Т., 1 кол. слева, 3 стр. сверху	смерчь	смерч	
260	Т., 1 кол. слева, 1 стр. сверху	<i>как оно трогал тебя</i>	<i>как оно трогало тебя</i>	
262	Т., 1 кол. слева, 2 стр. снизу	<i>что ты делвешь</i>	<i>что ты делаешь</i>	
264	Т., 1 кол. слева, 1 стр. сверху	оповторяющиеся игры	повторяющиеся игры	
265	Т., 1 кол. слева, 2 стр. сверху	воспоминания о травмирующем событий	воспоминания о травмирующем событии	
280	Т., 1 кол. справа, 1 стр. снизу	забывчивчивость	забывчивость	
288	Т., 1 кол.	симпптомы	симптомы	

	слева, 3 стр. сверху			
295	Т., 1 кол. слева, 3 стр. сверху	неброжелательный	недоброжелательный	
311	Т., 1 кол. справа, 1 стр. снизу	сократить	сократить	
324	2 а. св.	прошедние	прошедшие	
327	7 а. св.	ркзультат	результат	
328	2 а. св.	сократъ	сократить	
330	2 а. св.	выполнии	выполнении	Та же ошибка на стр. 331

Сноски

Сноски к стр. [12](#)

¹ Исследование выполнено при поддержке фонда CRDF, RN1-421.

Сноски к стр. [101](#)

¹ Глава написана при участии А. П. Корнилова.

Сноски к стр. [131](#)

¹ В написании главы принимала участие В. Г. Булыгина.

Сноски к стр. [141](#)

¹ Дополнительные социальные факторы неблагополучия начинали в таких семьях проявляться очень скоро. Наличие в семье младенцев, которые были беспокойны и плохо спали, вызывало большие трудности в возникновении тесных эмоциональных взаимоотношений между ними и родителями. Дети в ответ реагировали всеми видами отрицательного поведения. В психологическом отношении, социально и академически, школа была часто бедствием для этих детей. Их гиперактивность мешала другим ученикам и раздражала преподавателей. Другие дети могли их высмеивать из-за их трудностей, особенно в письме и чтении. При таких обстоятельствах развитие характера было бедным. По мере того как эти дети вырастали, они часто не были приняты социумом; недостаточность их волевого контроля часто оставляла их безработными.

Сноски к стр. [165](#)

¹ Опросник переведен и адаптирован НМЦ «ДАР» им. Л. С. Выготского (Москва, Россия) и Центром исследования ребенка Йельского университета (Нью-Хевен, США). Версия ЕГ-1-2.

Сноски к стр. [191](#)

¹ В приведенном протоколе этому соответствуют графы «в настоящем» и «в прошлом».