

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ТОМ I

4-е издание

Под редакцией
М.Дж. Принштейна, Э.А. Янгстрема,
Э.Дж. Мэша, Р.А. Баркли

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
ГОРГОДЕЦ

Коллектив авторов
Лечение психических
расстройств в детском и
подростковом возрасте. Том 1

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=74536726

Лечение психических расстройств в детском и подростковом возрасте:

ISBN 978-5-907982-83-3

Аннотация

Т. I. Руководство для практикующих врачей и текст курса содержат всесторонний обзор методов лечения психологических расстройств у детей и подростков, основанных на фактических данных. Значительно расширенное четвертое американское издание охватывает возросшее число расстройств, а также вопросы трансдиагностики и проблемы общественного здравоохранения. Психосоциальные, фармакологические и дополнительные методы лечения определены и описаны в хорошо организованных главах, которые включают в себя клинические иллюстрации. Известные эксперты рассматривают вопросы развития психических расстройств при лечении и предлагают рекомендации по адаптации мероприятий к потребностям каждого ребенка и семьи.

Содержание

О редакторах	8
Об авторах	12
Часть I	19
Глава 1	19
Глава 2	35
Доказательная база	40
Рекомендации по доказательной концептуализации клинического случая	45
АПП (ABCs)	62
Текущие контекстные факторы	64
Соответствующая история	69
Комбинирование элементов концептуализации клинического случая	74
Индивидуализация вмешательства	77
Глава 3	109
Начните с доказательной оценки и лечения	123
Не забывайте о личности: интеграция формулировки клинического случая на протяжении всего лечения	126
Каждый момент имеет значение: сосредоточьтесь на процессе	129
Не бойтесь задавать трудные вопросы: разнообразие имеет значение	132

Проверяйте себя, а не ломайте себя	134
Не отклоняйтесь от курса: адаптации с низким и высоким риском	136
Трансдиагностические подходы	139
Подходы с использованием общих элементов и модульные системы оказания помощи	144
Часть II	181
Глава 4	181
Расстройства, связанные с тревогой и депрессией	205
Управление поведением	215
Когнитивно-поведенческая терапия	221
Метод тренировки	223
Физическая активность	228
Психиатрические клиники	229
Медицинские клиники первичного звена	232
Рекомендации по практике оказания медицинской помощи в условиях первичного звена	233
Методы содействия осуществлению ординированной медицинской помощи	235
Школы	240
Летняя лечебная программа	246
Психосоциальные методы лечения детей	249
Клинические методы лечения	249

Терапия на базе школы	259
Комбинированные психосоциальные вмешательства	265
Психосоциальные подходы к лечению для подростков	272
Лечение в клинических условиях	273
Терапия на базе школы	284
Фармакологическое лечение	290
Стимуляторы	291
Альтернативы стимуляторам	293
Долгосрочные эффекты	294
Комбинированные фармакологические и психосоциальные вмешательства	296
Инновации в лечении с помощью технологий	300
Консультации по решению проблем в школе	302
Развитие отношений	303
Выявление проблемы	305
Разработка решения	307
Выбор решения	309
Реализация решения	310
Оценка решения	311
Разработка и реализация ежедневного табеля успеваемости в классе (DRC)	313
Выдержки из интервью по целевому	314

поведению	
Программа «Преодолевая горизонты»	330
Тренинг организованности	331
Обучение навыкам межличностного общения	337
Глава 5	394
Диагностические критерии	397
Распространенность и культурные различия	403
Клиническое содержание и сопутствующие заболевания	405
Пути развития серьезных форм ПП	413
Исследовательские критерии доменов и ПП	420
Кратко о профилактике	427
Психосоциальные методы лечения	433
Семейные вмешательства	435
РМТ для детей с ПП	435
Конец ознакомительного фрагмента.	442

Лечение психических расстройств в детском и подростковом возрасте

© Коллектив авторов, 2019

© ИД «Городец», 2026

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

@ Электронная версия книги подготовлена ИД «Городец» (<https://gorodets.ru/>)

О редакторах

Митчелл Дж. Принштейн – доктор наук, член Американского совета по профессиональной психологии (American Board of Professional Psychology, ABPP), почетный профессор психологии и нейробиологии Джона Ван Сетерса и руководитель отделения клинической психологии Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле. Его исследования посвящены изучению межличностных моделей интернализации симптомов и представляющего риск для здоровья поведения среди подростков, с акцентом на уникальную роль взаимоотношений со сверстниками в психопатологии развития депрессии, самоповреждающего или суицидального поведения. Доктор Принштейн – бывший редактор журнала клинической детской и подростковой психологии (Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, JCCAP) и бывший президент Общества науки о клинической психологии (Society for a Science of Clinical Psychology, SSCP) и Общества клинической детской и подростковой психологии (Society for Clinical Child and Adolescent Psychology, SCCAP). Он является лауреатом многочисленных наград, включая премию Теодора Х. Блау за раннюю карьеру от Общества клинической психологии Американской психологической ассоциации (American Psychiatric Association, APA), мемориальную премию Брикелл Колум-

бийского университета за исследования суицидального поведения, премию Наставника (the Mentor Award) от Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (АКПП), премию Беверли Торн за выдающиеся заслуги от Совета директоров Университета клинической психологии и премию Раймонда Д. Фаулера за выдающийся вклад в профессиональное развитие аспирантов от АРА постдипломного образования.

Эрик А. Янгстром – доктор наук, профессор психологии и нейробиологии и профессор психиатрии в Университете Северной Каролины в Чапел-Хилле, где он также исполняет обязанности директора Центра передового опыта в области исследований и лечения биполярных расстройств. Он стал первым лауреатом премии за раннюю карьеру от Общества клинической детской и подростковой психологии АРА и был избран полноправным членом Американского колледжа нейропсихофармакологии. Доктор Янгстром выступал в роли консультанта при создании DSM-5 и МКБ-11. Он также возглавляет рабочую группу Международного общества биполярных расстройств по диагностике психических расстройств у детей.

Эрик Дж. Мэш – доктор наук, почетный профессор психологии Университета Калгари и профессор кафедры психиатрии Орегонского университета науки и здравоохранения. Он является членом Канадской психологической ассоциации и Общества клинической психологии, Общества детской и семейной политики и практики, Общества клиниче-

ской детской и подростковой психологии и Общества педиатрической психологии АРА. Доктор Мэш также является научным сотрудником и одним из основателей Ассоциации психологических наук. Он занимал должность редактора, члена редакционной коллегии и редакционного консультанта в многочисленных научных журналах и имеет большое количество публикаций по детской и подростковой психопатологии, диагностике и лечению.

Рассел А. Баркли – доктор наук, член Американского совета по профессиональной психологии (ABPP), член Американского совета по клинической нейропсихологии (ABCN), профессор клинической психиатрии в лечебном центре для детей Вирджинии и медицинском институте Университета содружества Вирджинии. Он работает с детьми, подростками и семьями с 1970-х годов и является автором множества бестселлеров, предназначенных как для профессионалов, так и для широкой публики. Он также опубликовал шесть оценочных шкал и более 280 научных статей и книжных глав о синдроме дефицита внимания и гиперактивности, исполнительной деятельности и феномена неповиновения в детском возрасте, а также является редактором журнала о синдроме дефицита внимания и гиперактивности (The ADHD Report). Доктор Баркли – частый докладчик на научных конференциях, широко цитируемый в национальных средствах массовой информации, в прошлом был президентом Секции клинической детской психологии

(бывшее отделение 12) Американской психологической ассоциации и Международного общества исследований в области детской и подростковой психопатологии (International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, ISRCAP). В число его многочисленных заслуг входят премии от Американской академии педиатрии и Американской психологической ассоциации.

Об авторах

Джулиана Акоста – магистр психологии (кафедра психологии, Международный университет Флориды);

Рэйчел Л. Бахрах – доктор наук (Западный психиатрический институт и клиника, Университет Питтсбурга);

Дэниел М. Багнер – доктор наук (факультет психологии, Международный университет Флориды);

Кэтрин Н. Балантекин – доктор медицинских наук, диетолог (кафедра диетологии и физической культуры, Университет Буффало, Государственный университет Нью-Йорка);

Александра Х. Беттис – магистр психологии (кафедра психологии, Университет Вандербильта);

Челси Э. Бокканьо – бакалавр психологии (Гарвардский университет);

Маккензи Л. Браун – бакалавр (Центр контроля веса и оздоровления, Вашингтонский университет в Сент-Луисе);

Клэр О. Бернс – магистр психологии (Государственный университет Луизианы);

Келли К. Байарс – доктор психологии (кафедра поведенческой медицины и клинической психологии / пульмонологии, медицинский центр детской больницы Цинциннати; кафедра педиатрии, медицинский колледж Университета Цинциннати);

Элис С. Картер – доктор наук (факультет психологии,

Массачусетский университет);

Брайан С. Чу – доктор наук (Высшая школа прикладной и профессиональной психологии, Рутгерский университет штата Нью-Джерси);

Тэмми Чанг – доктор наук (факультет психиатрии, Университет Питтсбурга);

Брюс Э. Компас – доктор наук (факультет психологии и развития человеческого потенциала, Колледж Пибоди, Университет Вандербильта);

Джон Ф. Карри – доктор наук (кафедра психиатрии, поведенческих наук, психологии и нейробиологии, Университет Дьюка);

Брэнн А. Даниц – бакалавр психологии (Университет Майами);

Джордан П. Дэвис – магистр (клиника тревожных расстройств у детей и подростков, Университет Темпл);

Катерина М. Дадли – магистр психологии и неврологии (Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл);

Джаспер А. Эстабилло – магистр психологии (Государственный университет Луизианы);

Стивен В. Эванс – доктор наук (Центр интервенционных исследований в школах, Университет Огайо);

Дженнифер Б. Фриман – доктор наук (кафедра психиатрии и поведения человека, медицинская школа Альперта при Университете Брауна);

Пол Дж. Фрик – доктор наук (факультет психологии, Го-

сударственный университет Луизианы);

Мэри А. Фристад – доктор наук (факультет психиатрии и поведенческих наук, Государственный университет Огайо);

Даниэль М. Граф – доктор наук (кафедра поведенческой медицины и клинической психологии / пульмонологии, медицинский центр детской больницы Цинциннати; кафедра педиатрии, медицинский колледж Университета Цинциннати);

Жаклин Ф. Хейс – магистр (факультет психологии и нейронаук, Вашингтонский университет в Сент-Луисе);

Джон Хансли – доктор наук, клинический психолог (Институт психологии, Университет Оттавы);

Эбигейл Иссарарас – бакалавр психологии (Государственный университет Луизианы);

Синжуй Цзян – бакалавр психологии (Государственный университет Луизианы);

Джули Б. Каплоу – доктор наук, член Американского совета профессиональной психологии (Центр помощи пациентам с психической травмой, Техасская детская больница / медицинский колледж Бейлора);

Бринн М. Келли – доктор наук (программа охраны психического здоровья и борьбы с зависимостями, Центр здоровья IWK);

Джошуа Кемп – доктор наук (кафедра психиатрии и поведенческих наук, медицинский институт Альперта при Университете Брауна);

Филип К. Кендалл – доктор наук, член Американского совета профессиональной психологии (клиника тревожных расстройств у детей и подростков, Университет Темпл);

Эван М. Клейман – доктор наук (факультет психологии, Гарвардский университет);

Лаура Гроффер Клингер – доктор наук (факультет психиатрии, Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл);

Аннетт М. Ла Грека – доктор наук, член Американского совета профессиональной психологии (факультет психологии, Университет Майами);

Кристофер М. Лейн – доктор наук (Национальный центр травматического стресса у детей, медицинская школа Дэвида Геффена, Калифорнийский университет);

Джеймс Лок – доктор медицинских наук (факультет психиатрии и поведенческих наук, медицинская школа Стэнфордского университета);

Майя Матеис – магистр социальной работы (факультет психологии, Государственный университет Луизианы);

Джонни Л. Мэтсон – доктор наук (факультет психологии, Государственный университет Луизианы);

Джон Макклеллан – доктор медицины (факультет психиатрии, Вашингтонский университет);

Райан Дж. Макгилл – доктор наук (Департамент школьной психологии и педагогических наук, педагогическая школа и колледж Уильяма и Мэри);

Роберт Дж. МакМахон – доктор наук (факультет психо-

логии, Университет Саймона Фрейзера);

Эллисон Э. Мейер – магистр психологии и нейробиологии (Университет Дьюка);

Дональд Натансон – сертифицированный клинический социальный работник LCSW (кафедра психиатрии, медицинский колледж Джоан и Сэнфорд И. Вейл Корнельского университета);

Надин Ндин – бакалавр (кафедра психологии и философии, Техасский женский университет);

Мэтью К. Нок – доктор наук (факультет психологии, Гарвардский университет);

Лили Осипова – доктор наук (факультет психиатрии и поведенческих наук, медицинский институт Стэнфордского университета);

Джули Сарно Оуэнс – доктор наук (Центр интервенционных исследований в школах, Университет Огайо);

Софи А. Палиц – магистр медицины (клиника тревожных расстройств у детей и подростков, Университет Темпл);

Франческа Переплетчикова – доктор наук (кафедра психиатрии, медицинский колледж Джоан и Сэнфорд И. Вейл Корнельского университета);

В. Джейсон Питерс – магистр психологии (Государственный университет Луизианы);

Томас Дж. Пауэр – доктор наук, член Американского совета по профессиональной психологии (кафедра детской и подростковой психиатрии и поведенческих наук, детская

больница Филадельфии);

Митчелл Дж. Принштейн – доктор наук (факультет психологии и нейробиологии, Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл);

Роберт С. Пайнос – доктор медицины, магистр здравоохранения (Национальный центр травматического стресса у детей, медицинский университет Дэвида Геффена, Калифорнийский университет);

Франческа Рамирес – магистр психологии (Гарвардский университет);

Мишель Э. Роли-Робертс – доктор наук (кафедра психиатрии и поведенческих наук, Государственный университет Огайо);

Адити Шарма – доктор медицины (факультет психиатрии, Вашингтонский университет);

Кристель Томассин – доктор наук, клинический психолог (факультет психологии, Университет Гвельфа);

Ширли Б. Ван – бакалавр (кафедра психологии, Гарвардский университет);

Дениз Э. Уилфли – доктор наук (факультет психологии и нейронаук, Вашингтонский университет в Сент-Луисе);

Вики Вейч Вулф – доктор наук (программа охраны психического здоровья и борьбы с зависимостями, Центр здоровья IWK);

Эрик А. Янгстром – доктор наук (факультет психологии и неврологии, Университет Северной Каролины в Ча-

пел-Хилл).

Часть I

Общие принципы

Глава 1

Введение

Митчелл Дж. Принштейн

и Эрик А. Янгстром

Впервые мы встретились в 1992 г., однокурсники на лекциях по психологии в университете Эмори, мы готовились к получению степени бакалавра. Всего несколько лет спустя каждому из нас как студентам соответствующих программ последипломного образования предстояло прочесть первое издание этой книги (впервые опубликованной в 1989 г., тогда она называлась «Лечение детских расстройств»). В последующие десятилетия каждый из нас, как и многие другие в этой области, широко использовал новые переработанные выпуски этой книги, когда мы начали обучать своих собственных аспирантов психологическому подходу к лечению. И вот теперь мы с большим смирением и с честью предлагаем это четвертое издание вместе с огромной благодарностью докторам Эрику Мэшу и Расселу Баркли за замечательный,

выдающийся прецедент, созданный ими в предыдущих изданиях этой книги.

В этом четвертом издании сохранены многие из тех особенностей, которые сделали этот материал столь полезным для студентов, изучающих лечение психических расстройств детского и подросткового возраста. Ниже мы предлагаем краткое изложение трех философских концепций и принципов, которые мы использовали для обновления структуры этого издания, с благодарностью выдающимся авторам, выполнившим каждое из наших предложений и предоставившим удивительно исчерпывающие и подробные обновления в каждой главе.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Во-первых, это четвертое издание продолжает традицию, в которой особое внимание уделяется научно обоснованным подходам к лечению психических расстройств в детском и подростковом возрасте. По стечению обстоятельств, в середине 1990-х годов – примерно в то же время, когда началась наша последипломная карьера, – область клинической психологии сделала существенный и совершенно новый акцент на эмпирическом обосновании, демонстрирующем эффективность психотерапевтического лечения. Эффективность психосоциальной терапии изучалась и в предыдущем десятилетии. Она стала привлекать к себе внимание уже в 1970-

х и 1980-х годах, когда особенно авторитетные метаанализы начали обнаруживать значимые показатели эффективности, говорящие о положительных результатах психотерапии [Shapiro & Shapiro, 1982; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980], включая психотерапевтическую работу с детьми [Casey & Berman, 1985]. Но только несколько лет спустя, после серии исчерпывающих и подробных метаанализов, представленных доктором Джоном Вайсом и его коллегами (1995), результаты показали, что эффективность лечения существенно различается в зависимости от проблемной области, терапевтического подхода и множества дополнительных потенциальных факторов и переменных, таких как факторы личности ребенка и терапевта, наличие сопутствующих заболеваний и выбранного метода лечения.

В 1993 г. доктор Дайан Чэмблесс возглавила рабочую группу в Обществе клинической психологии, призванную определить критерии, с помощью которых можно классифицировать доказательную базу для различных подходов к лечению. Основываясь на уровне имеющихся данных об определенном подходе к лечению, Чэмблесс с коллегами (1998) классифицировал методы лечения как «прочно утвердившиеся» и «вероятно эффективные», а их категории с тех пор были расширены и адаптированы для использования у пациентов молодого возраста [Lonigan, Elbert & Johnson, 1998; Silverman & Hinshaw, 2008; Southam-Gerow & Prinstein, 2014]. Современные критерии также включают методы ле-

чения, которые оцениваются как «возможно эффективные», «экспериментальные» и методы «сомнительной эффективности». В табл. 1.1 перечислены критерии, используемые для классификации методов лечения в каждой из этих научно обоснованных категорий. В большинство глав этой книги авторы включили таблицу для классификации существующих психосоциальных методов лечения в рамках каждого из уровней доказательной базы.

В дополнение к классификации психосоциальных методов лечения руководство создано, чтобы вооружить современных ученых и практикующих специалистов, которые могут сталкиваться с необходимостью прокомментировать (например, при общении с пациентом) относительную эффективность психосоциальных методов лечения по сравнению с фармакологическими или даже дополнительными/альтернативными подходами к лечению. Хотя многие из тех, кто использует эту книгу, специализируются на психосоциальных подходах, современные семьи, черпающие информацию в Интернете, часто приходят на первую встречу с длинным списком идей, вопросов и ресурсов, касающихся широкого спектра стратегий лечения для облегчения симптомов у детей и подростков. Поэтому мы попросили, чтобы каждый автор также рассмотрел текущую доказательную базу для альтернативных распространенных подходов, чтобы помочь семьям выбрать наиболее эффективные варианты.

Фокусируясь на лечении, основанном на доказательствах,

мы также признаем, что не все методы одинаково эффективны для всех пациентов. В каждой главе рассматриваются установленные модераторы эффективности лечения, помогающие определить условия, при которых выбранные методы могут с большей или меньшей вероятностью уменьшать симптомы.

ЛЕЧЕНИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ

Бесспорным является то, что психологические симптомы в молодом возрасте будет легче всего понять, рассматривая их в контексте развития. Лечение также выигрывает от концептуального обоснования процессов развития. Этот определяющий философский принцип во многих отношениях отражен в нашей книге, включая главу, посвященную навыкам концептуализации клинического случая, которые имеют решающее значение для любого успешного плана лечения, а также разделы в каждой главе, где предложена база психологии развития для понимания феноменологии симптомов и подходов к лечению.

Кроме того, мы осознаем, что это руководство выпускается на поворотном этапе нашего понимания психопатологии и определения целей лечения. Критика категориальной и описательной классификации психических расстройств недавно привела к разработке альтернативных систем понимания

и классификации аномального поведения [Cuthbert & Insel, 2013; Kotov et al., 2017]. В этой книге каждая глава предлагает краткое обсуждение этих вопросов, чтобы направлять обсуждения и будущие исследования, которые являются ключом к следующей эре психологического лечения. Оглавление также расширилось: главы посвящены не только традиционным диагностическим категориям, но также трансдиагностическим вопросам и проблемам общественного здравоохранения, таким вопросам, как самоповреждающее поведение и жизненные события, приводящие к стрессу. Важно отметить, что эти расширения тематики отражают типы вопросов, которые нередко возникают в работе. Мы надеемся обеспечить практикующих специалистов инструментами, необходимыми для решения разных типов проблем, затрагивающих широкие слои населения, в том числе людей с психическими расстройствами или без них.

Специалисты в области психопатологии развития признают, что аномальные симптомы представляют собой атипичные траектории развития, равно как и сложные взаимодействия между многочисленными внутри- и межличностными системами развития [Albert, Chein & Steinberg, 2013; Cicchetti & Rogosch, 2002; Richters, 1997]. Психопатологические симптомы могут возникать при отставании, опережении адаптации при типичном развитии навыков или при их взаимодействии с несовместимыми условиями внешней среды. Мы предложили авторам соотнести свои наблю-

дения с параметрами Исследовательских критериев доменов (Research Domain Criteria, RDoC), созданных рабочими группами в сотрудничестве с Национальным институтом психического здоровья [Insel et al., 2010], каждый из которых дает определенную систему психопатологических построений, которые могут быть измерены на различных уровнях анализа.

Хотя структура RDoC не была задумана с учетом концепции психологии развития, она предполагает, что психопатология может быть концептуализирована как атипичное функционирование системы, которая изначально призвана для выполнения адаптивной функции, возможно, из-за взаимодействия между несколькими биопсихосоциальными системами или из-за нежелательных воздействий извне, которые мешают адаптивному функционированию [Sanislow et al., 2010]. Мы попросили авторов глав обсудить критерии DSM [American Psychiatric Association, 2013] и МКБ [World Health Organization, 1992], относящиеся к каждой области детской и подростковой психопатологии, а также концептуализировать симптомы в рамках критериев RDoC и рассмотреть подходы к лечению, которые конгруэнтны целям лечения, соответствующим системе критериев RDoC, для развития этого нового направления в данной области. Повышенное внимание к МКБ отражает расширение междисциплинарных взглядов на поведенческое и психическое здоровье, а также рост количества исследований в разных странах мира,

помимо Соединенных Штатов, наряду с растущей мобильностью населения всего мира в целом.

Таблица 1.1

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБНОВЛЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ В ЖУРНАЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (JССАР), НАЧИНАЯ С 2013 г.*

Критерии методов

- M.1. Групповой дизайн: испытание проведено в соответствии с правилами рандомизированного контролируемого исследования.
- M.2. Определена независимая переменная: для лечения использовались руководства по лечению или логический эквивалент.
- M.3. Определена популяция: исследование проводится в группе, получившей лечение по поводу определенных проблем, для которого четко определены критерии включения.
- M.4. Оценка результатов: использовались надежные и обоснованные меры оценки результатов, позволяющие измерить (как минимум) намеченные проблемы.
- M.5. Адекватность анализа: использовались целесообразные методы оценки данных, и размер выборки был достаточным для выявления ожидаемых эффектов

Уровень 1. Хорошо зарекомендовавшие себя методы лечения

Критерии доказательства

- 1.1. Эффективность лечения продемонстрирована следующим образом:
- 1.1.a. Статистически значимо лучше, чем фармакотерапия, психологическое плацебо или другое активное лечение;
- 1.1.b. Эквивалентно (или незначительно отличается от) уже хорошо зарекомендовавшего себя в экспериментах лечения;
- 1.1.c. По крайней мере, в двух (2) независимых исследовательских условиях и двумя (2) независимыми исследовательскими группами, демонстрирующими эффективность.
- 1.2. Все пять (5) критериев методов

Уровень 2. Вероятно эффективные методы лечения

Критерии доказательства

- 2.1. Должно быть проведено как минимум два хороших эксперимента, показывающих, что лечение превосходит (статистически значимо) лечение в контрольной группе из списка ожидания.
- 2.2. Один (или несколько) экспериментов, соответствующих уровню хорошо зарекомендовавшего себя лечения, за исключением критерия 1.1.c (т.е. лечение уровня 2 не требует участия независимых исследовательских групп).
- 2.3. Все пять (5) критериев методов

Уровень 3. Возможно эффективное лечение

Критерии доказательства

* Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Chorpita et al., 2011; Chambless et al., 1996, 1998; Silverman & Hinshaw, 2008.

ОБЛЕГЧАЕМ БРЕМЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВМЕСТЕ

Широкий круг специалистов здравоохранения может обеспечить эффективное лечение психических расстройств в детском и подростковом возрасте, включая не только детских и подростковых клинических психологов, но и социальных работников, лицензированных профессиональных консультантов, терапевтов по вопросам брака и семьи, психиатрических медсестер, психиатров, семейных врачей и педиатров. Для некоторых состояний сам подход к лечению объясняет большую вариабельность результатов лечения пациентов, чем специализация медицинского работника, который его предоставляет [Weisz et al., 1987, 1995]. Таким образом, структура этой книги отражает наше стремление сделать эффективное лечение доступным для всех, с надеждой на то, что широкий круг профессионалов в сфере психического здоровья сообща смогут существенно снизить бремя заболеваний у детей и подростков.

С этой целью мы попросили авторов включить в каждую главу подробный дидактический материал по эффективным методам лечения. В это издание включены записи сеансов

психотерапии, иллюстрирующие конкретные терапевтические подходы, каждый из которых предлагает инструкторам возможность ввести ролевые игры и диалог в свои классы и помочь студентам понять принцип действия определенного метода терапии.

Большинство глав в частях II–VIII этой книги также включают таблицы с изложением основных задач и последовательности доказательных подходов в соответствующих клинических областях. Обратите внимание на то, что немногие научно обоснованные подходы или даже разработанные вручную схемы лечения с эмпирической поддержкой, концептуализируют психотерапию как жесткий протокол, составленный по сценарию, которому необходимо следовать дословно [Nock, Goldman, Wang, Albano & Jellinek, 2004]. В это издание мы также включили главу, в которой обсуждается гибкое использование руководств по современной терапии, чтобы уменьшить ложное представление о практике научно обоснованных методов лечения.

В целом в новом издании сохраняется широта охвата тех предыдущих изданий и при этом учитываются мнения экспертов в каждой области. Эта книга сочетает в себе ориентировочную и справочную информацию для студентов, обзоры последних достижений науки и практические советы о том, как применять данные методы. И, самое главное, эта книга продолжает традицию описания функциональных принципов и практических навыков, а не только фактов. Deta-

ли будут постоянно меняться по мере продвижения клинических исследований. Думать и работать как практикующий врач, основываясь на фактических данных, – это позиция и клинический подход, а принципы клинического мышления, описанные в главах этой книги, предлагают структуру для обучения на протяжении всей жизни, обеспечивая при этом улучшение медицинской помощи в быстро меняющемся мире.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Albert D., Chein J. & Steinberg L.* The teenage brain: Peer influences on adolescent decision making // *Current Directions in Psychological Science*. – 2013. – Vol. 22. – P. 114–120.
2. *Casey R.J. & Berman J.S.* The outcome of psychotherapy with children // *Psychological Bulletin*. – 1985. – Vol. 98 (2). – P. 388–400.
3. *Chambless D.L.* Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures: A report adopted by the Division 12 Board of the American Psychological Association. – Washington, DC: American Psychological Association, 1993.
4. *Chambless D.L., Baker M.J., Baucom D.H., Beutler L.E., Calhoun K.S., Crits-Christoph P., Woody S.R.* Update on empirically validated therapies: II // *The Clinical Psychologist*. – 1998. – Vol. 51. – P. 3–16.

5. *Chambless D.L. & Hollon S.D.* Defining empirically supported therapies // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1998. – Vol. 66. – P. 7–18.

6. *Chambless D.L. & Ollendick T.H.* Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 685–716.

7. *Chambless D.L., Sanderson W.C., Shoham V., Johnson S.B., Pope K.S., Crits-Christoph P., Mc-Curry S.* An update on empirically validated therapies // *The Clinical Psychologist*. – 1996. – Vol. 49. – P. 5–18.

8. *Chorpita B.F., Daleiden E.L., Ebesutani C., Young J., Becker K.D., Nakamura B.J., Starace N.* Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2011. – Vol. 18. – P. 154–172.

9. *Cicchetti D. & Rogosch F.A.* A developmental psychopathology perspective on adolescence // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2002. – Vol. 70. – P. 6–20.

10. *Cuthbert B.N. & Insel T.R.* Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC // *BMC Medicine*. – 2013. – Vol. 11. – P. 126.

11. *Insel T., Cuthbert B., Garvey M., Heinssen R., Pine D.S., Quinn K. & Wang P.* Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders // *American Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167

(7). – P. 748–751.

12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Arlington, VA: Author, 2013.

13. *Kotov R., Krueger R.F., Watson D., Achenbach T.M., Althoff R.R., Bagby R.M., Zimmerman M.* The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2017. – Vol. 126. – P. 454–477.

14. *Lonigan C.J., Elbert J.C. & Johnson S.B.* Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 1998. – Vol. 27. – P. 138–145.

15. *Nock M.K., Goldman J.L., Wang Y., Albano A.M. & Jellinek M.S.* From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43 (6). – P. 777–780.

16. *Richters J.E.* The Hubble hypothesis and the developmentalist's dilemma // *Development and Psychopathology*. – 1997. – Vol. 9. – P. 193–229.

17. *Sanislow C.A., Pine D.S., Quinn K.J., Kozak M.J., Garvey M.A., Heinssen R.K., Cuthbert B.N.* Developing constructs for psychopathology research: Research domain criteria // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2010. – Vol. 119. – P. 631–639.

18. *Shapiro D.A. & Shapiro D.* Meta-analysis of comparative

therapy outcome studies: A replication and refinement // *Psychological Bulletin*. – 1982. – Vol. 92. – P. 581–604.

19. *Silverman W.K. & Hinshaw S.P.* The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37. – P. 1–8.

20. *Smith M.L. & Glass G.V.* Meta-analysis of psychotherapy outcome studies // *American Psychologist*. – 1977. – Vol. 32. – P. 752–760.

21. *Smith M.L., Glass G.V. & Miller T.I.* The benefits of psychotherapy. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.

22. *Southam-Gerow M.A. & Prinstein M.J.* Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2014. – Vol. 43. – P. 1–6.

23. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines / World Health Organization. – Geneva: Author, 1992.

24. *Weisz J.R., Weiss B., Alicke M.D. & Klotz M.L.* Affectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1987. – Vol. 55. – P. 542–549.

25. *Weisz J.R., Weiss B., Han S.S., Granger D.A. & Morton T.* Effects of psychotherapy with children and adolescents resisted: A meta-analysis of treatment outcome studies // *Psychological*

Bulletin. – 1995. – Vol. 117. – P. 450–468.

Глава 2

Концептуализация клинического случая

Кристель Томассин и Джон Хансли

В течение нескольких минут после первой встречи с врачом большинство пациентов, скорее всего, начнут рассказывать о симптомах/проблемах, общем текущем функционировании и межличностном контексте, анамнезе (и истории своих симптомов/проблем) и ряде других деталей, которые могут быть значимыми, или не иметь отношения к пониманию их дистресса и возможных психических расстройств или состояний. Объем, в котором они предоставляют такую информацию, будет зависеть от уровня дистресса, их взглядов на то, что может иметь отношение к пониманию и решению их проблем, а также множества межличностных вопросов, связанных со стигматизацией и раскрытием информации, которая может быть очень интимной и/или смущающей. Более того, при оказании услуг детям и подросткам обширная информация, поступающая врачу, будет еще более сложной и потенциально противоречивой, поскольку детали предоставляются подростком, одним или несколькими родителями и другими лицами, вовлеченными в жизнь молодого пациента (например, учителя). Чтобы составить началь-

ное описание пациента и его или ее проблем, врач должен сосредоточиться на извлечении соответствующей информации, запросе дополнительной информации и определении направлений запроса, которые, возможно, не требуют углубленного изучения (например, имеют ли ключевое значение подробные сведения о прохождении этапов раннего развития для этого 16-летнего пациента?). Таким образом, в течение нескольких минут после первой встречи с пациентом клиницист формулирует гипотезы, проверяет их, возможно, отклоняет или уточняет их, а также генерирует новые гипотезы. Именно в этот момент начинается процесс разработки концептуализации клинического случая.

«Концептуализация клинического случая» (или «формулировка случая») обычно описывается как набор гипотез, касающихся причин, поддерживающих факторов и соображений относительно вмешательства, имеющих отношение к психосоциальным проблемам клиента [Haynes, O'Brien & Kaholokula, 2011; McLeod, Jensen-Doss & Ollendick, 2013]. Если эти гипотезы должны иметь клиническую ценность для решений, связанных с оказанием дальнейшей медицинской помощи, относительно необходимости дальнейшей оценки, направления к другим специалистам здравоохранения и/или выбором вариантов лечения, они должны быть последовательными, контекстно-зависимыми и внутренне последовательными. Это подразумевает, что они должны основываться на эмпирических данных (включая научно обоснованные

модели психопатологии, функционирования человека и лечения) и включать номотетические и идиографические данные [Dudley, Kuyken & Padesky, 2011; Haynes et al., 2011; Hunsley & Elliott, 2015].

В клинической литературе подчеркивается роль концептуализации клинического случая как нечто руководящее направлением лечения, при этом данный процесс зачастую неявно представляется как нечто, происходящее после того, как были собраны все оценочные данные. Мы в этой главе, напротив, подчеркиваем важность рассмотрения процесса концептуализации клинического случая как ключевого аспекта, как основанной на фактических данных оценки состояния пациента, так и выбора научно обоснованного метода лечения, который продолжается с момента начала процесса оценки состояния пациента, продолжается на протяжении всего лечения и учитывает все новые данные, которые появляются в процессе лечения [Christon, McLeod & Jensen-Doss, 2015; Hunsley & Elliott, 2015; Hunsley & Mash, 2010; Mash & Hunsley, 2005; Youngstrom et al., 2017]. Основные преимущества этой точки зрения заключаются в том, что: 1) концептуализация клинического случая понимается как динамический, непрерывный процесс, а не как статическое описание клиента, которое является результатом первоначальной клинической оценки; 2) в нем четко выражается необходимость использования стратегии противодействия распространенным предубеждениям и эвристическим алгоритмам,

которые влияют на принятие клинических решений на протяжении всего процесса оценки состояния и лечения пациента [Kuyken, 2006; Ridley, Jeffrey & Roberson, 2017].

В этой главе мы рассматриваем концептуализацию клинического случая в более широких рамках научно обоснованной практики (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice = Президентская целевая группа Американской психологической ассоциации по научно обоснованной практике). С этой целью мы обсуждаем текущее состояние литературы по концептуализации клинических случаев у детей и подростков и опираемся на более широкую литературу по концептуализации клинических случаев, при отсутствии ориентированных на молодежь данных. Прежде чем описать конкретные элементы концептуализации клинического случая, мы также представляем краткий обзор научно обоснованной оценки, включая то, как оценка может и должна быть координирована с процессом концептуализации. Мы указываем на различие в том, что первоначальная, предварительная концептуализация клинического случая изначально происходит на очень раннем этапе оказания медицинской помощи, что необходимо клиницисту для определения подхода к оценке состояния пациента, который затем расширит первоначальную концептуализацию и станет основой информированного подхода к лечению. В ходе лечения дополнительная оценка и мониторинг прогресса лечения являются взаимно информативны-

ми и предлагают цикл обратной связи для дальнейшего уточнения и адаптации медицинского вмешательства. Мы рассматриваем широкий спектр конкретных элементов концептуализации и изучаем способы комбинирования этих элементов в ходе лечения, уделяя особое внимание трансдиагностическим и модульным подходам к лечению. Наконец, в соответствии с другими главами этого тома, обсуждение концептуализации клинического случая проводится с точки зрения психопатологии развития [Sroufe & Rutter, 1984].

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Существует долгая история выделения центральной роли концептуализации случаев в психотерапевтическом вмешательстве [Eells, 2007], так и в рамках теоретических направлений [Bruch, 2015]. На самом деле концептуализацию клинического случая называют «сердцем хорошей практики» [Zivor, Salkovskis, Oldfield & Kushnir, 2013], «стержнем, на котором держится теория и практика» [Dudley et al., 2011] и «основой терапии» [Christon et al., 2015]. Несмотря на широко признанный центральный характер концептуализации клинического случая в доказательной практике, остается много несоответствий того, как исследователи и клиницисты подходят к процессу концептуализации, включают элементы концептуализации в свою работу и применяют кон-

цептуализацию в лечении. В действительности, как отметили Ридли и его коллеги (2017), даже в теоретических рамках единого мнения о концептуализации клинического случая не существует. Тем не менее в литературе предлагается несколько ключевых принципов научно обоснованной концептуализации клинического случая, в том числе:

- разработка концептуализации клинического случая основана на гипотезах и фактических данных;
- концептуализация клинического случая носит динамичный и изменчивый характер;
- концептуализация клинического случая предоставляет базу для доказательной оценки состояния пациента и основывается на ней;
- концептуализация клинического случая определяет доказательный подход к лечению, с целью адаптировать вмешательство для достижения максимальной эффективности.

Доказательная база

В целом исследовательская база для концептуализации случаев отстает от усилий по внедрению и распространению научно обоснованной практики в медицинских учреждениях. Это верно в отношении надежности, качества и практической пользы концептуализации клинического случая.

Был проведен значительный объем исследований по оценке и повышению надежности формулировок клинических

случаев [Flinn, Braham & das Nair, 2015]. Несмотря на это, проведенные на сегодняшний день исследования показывают, что согласие клиницистов в отношении когнитивных и поведенческих концептуализаций в лучшем случае умеренное [Dudley, Park, James & Dodgson, 2010; Flinn et al., 2015], и что уровень согласия ниже для более логических, а не описательных частей концептуализации [Mumma & Smith, 2001].

Что касается качества, Кьюкен, Фозерджилл, Мьюза и Чедвик (2005) исследовали качество когнитивных концептуализаций клинических случаев у 115 практикующих врачей с разным уровнем опыта во время непрерывного семинара по использованию диаграммы концептуализации клинических случаев Джудит Бек [Beck, 1995, с. 139]. Клиницистам был предоставлен случай, и их концепции были сопоставлены с «эталонной» формулировкой, разработанной Бек для этого случая. Исследователи обнаружили, что 44 % формулировок, разработанных клиницистами, были признаны как минимум «достаточно хорошими». Уровень опыта был положительно связан с качеством созданной формулировки. Например, процент формулировок, которые попали в диапазон от «достаточно хорошо» до «хорошо», составил всего 24 % для врачей-стажеров. Эти результаты согласуются с исследованиями, показывающими, что практикующие врачи, ориентированные на когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), сообщают, что чувствуют себя менее компетентными в отно-

шении своих навыков концептуализации клинического случая по сравнению с их навыками лечения [Zivor, Salkovskis & Oldfield, 2013; Zivor, Salkovskis, Oldfield et al., 2013]. Из этого возможно сделать вывод, что клиницистам может не хватать чувства своей эффективности в отношении конкретного клинического навыка. Хотя низкие показатели, о которых пишут Кьюкен и коллеги (2005), вызывают некоторое разочарование, можно надеяться, что больший клинический опыт может быть связан с более качественной концептуализацией клинических случаев. Также важно отметить, что другие исследователи обнаружили, что даже короткое двухчасовое обучение способно улучшать качество концептуализации клинического случая [Kendjelic & Eells, 2007; Zivor, Salkovskis, Oldfield et al., 2013].

Помимо вопроса о том, достижима ли высококачественная концептуализация, неясно, приводит ли она к более качественному лечению и улучшению результатов для пациентов. Некоторые аналитики предположили, что решения о лечении основываются в основном на описательных элементах, которые составляют лишь часть концептуализации [Groenier, Pieters, Witteman & Lehmann, 2014]. Если это действительно так, то повышение качества концептуализации клинических случаев может не сильно повлиять на качество медицинской помощи. Когда исследователи представили концепцию случая и попросили оценить уместность ряда вариантов лечения, они обнаружили, что как эксперты

(например, клиницисты с опытом КПТ не менее 10 лет) так и новички (например, студенты-психологи на первом году обучения) способны определить подходящие варианты лечения [Dudley, Ingham, Sowerby & Freeston, 2015]. Однако, когда их попросили сначала разработать концептуализацию, эксперты формулировали более скупые и последовательные концептуализации, чем молодые специалисты, и это, в свою очередь, оказывало влияние на клинические решения о планировании лечения. Хотя различий в том, как эксперты и новички определяли подходящие планы лечения, не было, а различия в том, как эксперты и новички оценивали неуместные и нерелевантные планы лечения, присутствовали. Эксперты лучше, чем новички, определяли планы лечения, которые были менее подходящими и менее актуальными для данного случая, что позволяет полагать, что они способны отвлекаться на излишне детальную информацию в меньшей степени, чем новички.

К сожалению, было разработано очень мало исследований для проверки того, различаются ли результаты лечения (а именно: есть ли улучшение) с применением концептуализации клинического случая, а испытания, в которых непосредственно тестировалось основанное на концептуализации лечение, имеют методологические ограничения, которые препятствуют интерпретации результатов. Например, Гадери (2006) рассмотрел результаты лечения нервной булимии у взрослых, используя стандартизированный или инди-

видуальный подход. Индивидуальный подход основывался на функциональной оценке и был взят за основу специально адаптированного подхода к лечению. Результаты после лечения были во многом схожими при использовании стандартизированного и индивидуализированного подходов, при этом оба метода показали улучшения. Однако объективной оценки качества функционального обследования не было. Очевидно, что необходимы дополнительные исследования, чтобы прояснить потенциальное влияние лечения, основанного на концептуализации.

В целом исследования показывают, что, хотя были предприняты шаги для повышения точности измерения, и определения надежности концептуализации клинических случаев [Bucci, French & Berry, 2016; Flinn et al., 2015], имеется очень мало доказательств относительно качества или практической пользы этого метода в клинической практике [Kuyken, 2006; Hurl, Wightman, Haynes & Virues-Ortega, 2016]. Следует также отметить, что большая часть этой литературы посвящена взрослым пациентам и клиническим случаям, поэтому существует очень мало данных о ценности концептуализации клинических случаев для детей и подростков. Это важно, так как случаи детей и подростков, как правило, связаны с множеством сложностей, одна из которых – множественность точек зрения на существующие проблемы. Основываясь на выводах литературы о взрослых пациентах [Groenier et al., 2014], можно предположить, что та-

кая сложность приведет к более низкому качеству концептуализации клинических случаев.

Рекомендации по доказательной концептуализации клинического случая

Поскольку существует слишком мало эмпирических данных для разработки концептуализации клинических случаев, совершенно необходимо, чтобы концептуализация опиралась на более широкие результаты исследований в психологической литературе. Для концептуализации случаев на основе фактических данных были предложены различные рекомендации [Christon et al., 2015; Kuyken, 2006]. Рекомендации, предложенные Кристоном и его коллегами (2015), особенно полезны при описании способов включения научных знаний в процесс концептуализации клинического случая.

В рамках своего научно обоснованного подхода авторы выделили пять этапов концептуализации случая: руководство клинициста в процессе выявления проблем (этап 1), постановка диагнозов (этап 2), формулирование первоначальной концептуализации клинического случая (этап 3), разработка плана лечения (этап 4), мониторинг результатов лечения (с помощью доказательных методов), а также переоценка концептуализации клинического случая по мере необходимости (этап 5). Сложности и нюансы, связанные с про-

цессом концептуализации, подробно описаны в этой статье, и мы рекомендуем практикующим врачам принять данную общую схему с одним важным изменением. В соответствии с нашими предваряющими комментариями в этой главе, мы считаем разумным, чтобы начальные усилия по концептуализации клинической случая предпринимались до этапа 3, поскольку гипотезы о важных причинно-следственных и поддерживающих переменных, а также о взаимосвязях между этими переменными должны использоваться для выбора и интерпретации доказательных инструментов оценки (номотетический и идиографический) и определения диагностического профиля. Как мы описываем ниже, этот первоначальный «моментальный снимок» важен для того, чтобы оценка пациента происходила систематически, эффективно и с учетом научного подхода.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Доказательная концептуализация клинических случаев является неотъемлемой частью доказательной оценки (Evidence-based Assessment, ЕВА), которая подчеркивает использование результатов исследований и научно обоснованных теорий развития человека, нормального функционирования и психопатологии для выбора конструкторов для оценки состояния, методов и мер, которые необходимо использовать, а также пути, по которому последует процесс оценки

[Hunsley & Mash, 2007; Mash & Hunsley, 2005].

За последнее десятилетие в центре внимания находились несколько аспектов, включая: 1) представление научно обоснованных руководящих принципов для направления процесса оценки и его интеграции в предоставление психологического лечения [Christon et al., 2015; McLeod, Jensen-Doss & Ollendick, 2013]; 2) психометрические критерии, которые следует учитывать при выборе психологических инструментов [Hunsley & Mash, 2018; Youngstrom et al., 2017]; 3) использование стратегий мониторинга лечения для улучшения результатов лечения [Borntrager & Lyon, 2015; Persons, Koerner, Eidelman, Thomas & Liu, 2016]; 4) использование стратегий принятия решений и вспомогательных средств на протяжении всего процесса оценки [Youngstrom, Choukas-Bradley, Calhoun & Jensen-Doss, 2015; Youngstrom et al., 2017].

В недавно появившемся специальном разделе журнала «Когнитивная и поведенческая практика» (Cognitive and Behavioral Practice) содержится обширная информация, охватывающая многие аспекты ЕВА (оценки, построенной на научных доказательствах) при работе с детьми и подростками [Jensen-Doss, 2015].

Психологические оценки могут применяться для очень широкого круга задач в дополнение к целям концептуализации клинического случая. К ним относятся: 1) скрининг (т. е. выявление тех, кто имеет риск возникновения определенной

проблемы и кому может помочь дальнейшая оценка или вмешательство); 2) диагностика (т. е. определение характера и/или причин (ы) имеющихся проблем); 3) прогноз (т. е. прогнозирование дальнейшего течения проблем в случае лечения или при отсутствии лечения); 4) планирование лечения (т. е. выбор/разработка и внедрение вмешательств, направленных на решение проблем, выявленных при концептуализации случая); 5) мониторинг лечения (т. е. отслеживание изменений в ходе лечения); 6) оценка лечения (т. е. определение результатов вмешательства). Существует значительное количество научных данных, которые могут применяться клиницистами в ходе этой оценки, с доступными для использования многочисленными психометрически надежными инструментами для решения большинства подобных оценочных задач [Hunsley & Mash, 2018b; McLeod et al., 2013b]. Важно отметить, что многие научно обоснованные инструменты психологической оценки, которые можно использовать с детьми и подростками, находятся в свободном доступе [Beidas et al., 2015].

Как номотетические, так и идиографические измерения играют важную роль при ЕВА [Hunsley, 2015; Hunsley & Mash, 2018b; McLeod et al., 2013b]. Номотетические меры, такие как полуструктурированные диагностические интервью и шкалы оценки симптомов, предназначены для оценки конструкторов, которые, как предполагается, имеют значение для большинства пациентов, с целью облегчить сравнение

этих конструкторов с помощью стандартизованных критериев или норм. Идиографические измерения, такие как инструменты самостоятельного мониторинга, наблюдение за поведением и индивидуализированные измерения целей лечения, могут быть разработаны для оценки уникальных аспектов психосоциального функционирования клиента, а также определенных мыслей, чувств и поведения, требующих вмешательства.

Хотя природа данных, полученных с помощью номотетических мер, сильно отличается от данных, полученных с помощью идиографических методов, эти дополнительные данные являются важной информацией для реализации целей концептуализации клинического случая. Номотетические данные дают представление о том, требует ли тяжесть проблем клиента лечения, и какие области исследования, вероятно, будут наиболее подходящими для разработки исходной концептуальной основы для понимания клиента и его или ее дистресса (например, являются ли проблемы интернализации более значимыми, чем экстернализация проблем, независимо от того, соответствует ли набор симптомов диагнозу сепарационного тревожного расстройства или депрессивного расстройства). Если лечение действительно оправдано, эти данные могут также помочь клиницисту в определении форм лечения, которые представляются эффективными при лечении тех типов проблем, с которыми сталкивается пациент. Идиографические данные служат как для уточне-

ния клинического описания клиента, так и для предоставления важной информации о том, каким образом лечение может быть адаптировано к потребностям пациента. Например, лучше ли понимать депрессивные симптомы данного пациента как поддерживаемые ограниченным участием в плодотворной и значимой деятельности или когнитивными факторами, такими как депрессивный стиль атрибуции и негативная самооценка? Ответ на этот вопрос повлияет на конструкции, которые клиницист станет оценивать более подробно, и, в конечном итоге, на то, какое внимание будет уделяться этим конструктам в первоначальном плане лечения.

Одной из важных тем, которая проходит через ЕВА, является использование принципа «достаточно хорошего» для принятия многих решений, связанных с оценкой состояния пациента [Hunsley & Mash, 2018; Youngstrom & Van Meter, 2016; Youngstrom et al., 2017]. За очень редкими исключениями, психотерапевтическая помощь, включая обследование и лечение, должна предоставляться с соблюдением временных сроков. Прежде всего, наши пациенты испытывают страдания, и, естественно, они хотят уменьшить свои страдания как можно скорее. Кроме того, большинство клиентов страдает от ограниченного доступа к услугам в сфере охраны психического здоровья, и в большинстве клиник есть списки ожидания лиц, находящихся в бедственном положении, которые ищут помощи (но с которыми можно работать только после того, как помощь для текущего пациента будут завер-

шена). По всем этим причинам для клиницистов критически важно использовать методы и меры оценки, которые являются максимально точными, эффективными и рентабельными. Нет необходимости использовать «идеальный» инструмент оценки, если другой инструмент, который «достаточно хорош» для целей оценки, возлагает меньшее бремя на клиента (или врача) и стоит меньше.

Аналогичным образом, в свете того факта, что оценку следует рассматривать как происходящую до и во время лечения, концептуализация клинического случая должна быть «достаточно хорошей», чтобы отразить основные, клинически значимые аспекты жизни клиента и давать возможность разработки и реализации плана лечения, направленного на устранение основных симптомов и проблем клиента. По мере продвижения лечения данные, полученные в результате текущих оценочных мероприятий, позволят уточнить и доработать как концептуализацию клинического случая, так и само лечение. Соответственно, хотя многие возможные факторы, вероятно, следует рассматривать как возможные компоненты концептуализации клинического случая, клиницисты должны действовать быстро, чтобы разработать последовательную концептуализацию данного случая, которая будет иметь немедленную клиническую пользу для определения вариантов лечения (или направления пациента к другому специалисту).

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ

Несмотря на то что существуют руководящие принципы концептуализации клинического случая, которые пересекаются с теоретической ориентацией, важно подходить к этому процессу, исходя из грамотного теоретического подхода, так как это поможет принять решение о том, какие элементы следует использовать при работе с молодыми пациентами и их семьями и какие элементы в конечном итоге включить в концептуализацию клинического случая. Как и в других главах этого тома, мы подходим к процессу концептуализации с точки зрения психопатологии развития [Hinshaw, 2013; Sroufe & Rutter, 1984]. Прежде чем обсуждать конкретные элементы, мы дадим краткий обзор этой точки зрения.

Структура психопатологии развития сосредоточивается на взаимодействии типичного и атипичного развития и подчеркивает необходимость понимания типичного развития, чтобы иметь возможность определить, когда в процессе раз-

вития что-то «идет не так». Это особенно актуально для концептуализации клинического случая, потому что на нескольких этапах процесса от клинициста требуется принятие решения о том, укладывается ли конкретное поведение пациента в приемлемые для развития пределы. Например, мать шестилетнего мальчика объясняет врачу, что ее сын уронил домашнюю кошку со второго этажа дома, чтобы посмотреть, приземлится ли она на все четыре лапы. В разговоре с врачом мать выражает обеспокоенность тем, что ее сын «мучает» домашнее животное. Понимание типичного когнитивного развития ребенка и дальнейшее рассмотрение других потенциальных факторов, связанных с его поведением, может показать, что любопытство этого мальчика и изолированный характер инцидента с домашним животным относительно типичны для его возраста. Напротив, если бы 16-летний подросток со средним интеллектуальным функционированием демонстрировал подобное поведение, клиницист мог бы быть более обеспокоен. Родители и врачи могут быть склонны чрезмерно патологизировать подобные вышеописанной проблемы. Они также могут недооценивать потенциальные симптомы. Возьмем, к примеру, 12-летнюю девочку, которая несколько недель назад узнала в школе о глобальном потеплении. После школьного урока по глобальному потеплению она приходит из школы и активно обсуждает эту тему. Она задает много вопросов о потенциальном влиянии глобального потепления на близких и говорит на эту тему,

пока не наступает время сна, и продолжает это обсуждение, как только просыпается утром. Хотя родители и даже, возможно, врач могут сосредоточиться на том факте, что эта девочка очень умна, хорошо разбирается в теме глобального потепления и очень увлечена школой, более пристальный взгляд может предположить, что она испытывает значительную тревогу по поводу потенциально возможного катастрофического воздействия глобального потепления на нее саму и на ее семью. Граница между типичным и атипичным может быть очень четкой в некоторых ситуациях или с некоторыми формами поведения (например, в случаях с поджогом), или, как в ситуации с этой девочкой, она может быть менее очевидной и, следовательно, потребовать от клинициста более детального понимания проблемы и факторов, отличающих атипичное развитие от типичного.

Другой важный постулат психопатологии развития состоит в том, что это подход, ориентированный на направление и процесс развития. В этом ключе двунаправленные, реципрокные и транзакционные процессы развиваются с течением времени и приводят к множеству результатов, которые могут варьировать от адаптивных до дезадаптивных. Транзакционные процессы могут происходить на микроуровне (например, воспитание и взаимодействия между родителями и ребенком [Patterson, 2002]) и на макроуровне (например, факторы уязвимости и восприимчивости, взаимодействующие с окружающей средой на протяжении всего развития

[Belsky & Pluess, 2009; Caspi et al., 2003]). Таким образом, концептуализация клинического случая с точки зрения психопатологии развития учитывает возможные факторы микро- и макроуровня, которые взаимодействуют на протяжении жизни подростка и в течение расстройства. В рамках этого подхода клиницист стремится определить механизмы, в результате которых у молодого пациента развиваются существующие проблемы, и текущие процессы, которые могут поддерживать или усугублять эти проблемы.

Как подчеркивается в рамках психопатологии развития, между предиктором и результатом нет однозначной связи. Например, жестокое обращение в детстве было связано с множеством последствий в дальнейшей жизни, включая тревогу, депрессию и употребление психоактивных веществ, а также с дезадаптацией [Jaffee & Kohn Maikovich-Fong, 2013]. Следовательно, история жестокого обращения в детстве – это не «закрытый вопрос» в том смысле, что не все молодые люди, пережившие жестокое обращение, демонстрируют клинические уровни дистресса. В действительности, исследования показывают, что от одной пятой до половины детей и подростков, подвергшихся жестокому обращению в детстве, не демонстрируют развития никаких форм психопатологии во взрослом возрасте [McGloin & Widom, 2001]. Эти результаты иллюстрируют концепцию «множественности», которая гласит, что множественные пути и множественные исходы, включая адаптивные исходы, могут про-

истекать из сходных неблагоприятных условий или причин. В этом ключе факторы уязвимости и восприимчивости являются вероятностными, т. е. они могут увеличивать вероятность дезадаптации, а не детерминирующими. В контексте концептуализации клинического случая это очень важный принцип, который следует учитывать, поскольку не все возможные предрасполагающие факторы следует рассматривать как причинные или даже включать в окончательную концептуализацию. Это не означает, что история жестокого обращения должна быть исключена из концептуального представления врача о молодом пациенте; скорее, этот подход подчеркивает необходимость сохранения предварительной концептуализации как незавершенной работы или набора гипотез, которые должны быть взвешены в контексте данных оценки, собранных клиницистом.

Учитывая, что дезадаптивные пути развития скорее вероятностны, чем детерминированы, различные другие факторы, такие как области компетенции, силы и выносливости, могут объяснить адаптацию, несмотря на неблагоприятные факторы. Конструкция выносливости широко обсуждалась [Masten, 2001], и всестороннее обсуждение этих факторов выходит за рамки данной главы. Тем не менее широко признано, что сильные стороны должны быть включены в концептуализацию клинического случая. Различные конструкции были определены как защитные перед лицом рисков и воздействия неблагоприятных условий, включая уро-

вень интеллектуального функционирования [White, Moffitt & Silva, 1989], регулирование эмоций [McLaughlin, Rith-Najarian, Dirks & Sheridan, 2015], формы воспитания [Suveg, Shaffer, Morelen & Thomassin, 2011; Thomassin & Suveg, 2012], а также отношения со сверстниками [Telzer, Fuligni, Lieberman, Miernicki & Galván, 2015]. Исследования также показали, что молодые пациенты с особыми факторами восприимчивости могут преуспевать даже лучше детей и подростков без фактора восприимчивости, когда они находятся в обогащенной среде [Bogdan, Agrawal, Gaffrey, Tillman & Luby, 2014; Conradt, Measelle & Ablow, 2013; Davis et al., 2017].

Наконец, структура психопатологии развития подчеркивает потребность в нескольких уровнях анализа в более широком культурном контексте. Это особенно актуально для концептуализации детей и подростков и их семей. Для принятия обоснованных решений об уровне серьезности состояния и вмешательства, с которыми сталкивается молодой пациент, необходимо учитывать несколько точек зрения. Какие успехи у ребенка дома по сравнению со школой и по сравнению со взаимоотношениями со сверстниками? Могут ли родители точно сообщать о взаимодействии и успеваемости своего ребенка в школе, или нужны отчеты учителя? Интерес клинициста к множеству уровней анализа определяет клиническое решение о том, какие инструменты ЕВА следует использовать. Например, врач может захотеть

использовать оценочные шкалы с параллельными формами для нескольких респондентов, такие как чек-лист поведения ребенка (Child Behavior Checklist, CBCL) и опросник для учителя (Teacher Report Form, TRF) [Achenbach & Rescorla, 2001]. Однако следует отметить, что множественные точки зрения и уровни анализа также могут усложнить ситуацию, поскольку согласованность между информантами обычно варьирует от низкой до умеренной степени [De Los Reyes et al., 2015]. Клиницистам необходимо тщательно оценивать взаимоотношение этих многочисленных точек зрения в процессе концептуализации (см. также раздел, посвященный объединению элементов концептуализации клинического случая, ниже). Теперь перейдем к конкретным элементам концептуализации клинического случая.

ЭЛЕМЕНТЫ (ПЕРВИЧНОЙ) КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ

В этом разделе мы описываем элементы концептуализации конкретных клинических случаев, которые согласуются с рекомендациями, предложенными Кристоном и его коллегами (2015). Следует отметить, что наш список элементов не является исчерпывающим и что не все элементы применимы к концептуализации клинических случаев для всех детей и подростков и их семей. Обсуждение того, как включать и организовать элементы при концептуализации, приводится

далее в этой главе.

Учитывая многочисленные элементы давления, с которыми сталкиваются клиницисты в процессе работы, как правило, врачам приходится принимать решение, связанное с лечением, на очень раннем этапе оказания помощи пациентам. Например, давление со стороны административных источников может потребовать от клиницистов сформулировать предварительный диагноз к окончанию первого сеанса. Следовательно, необходимо довольно быстро собрать воедино части первоначальной концепции и принять обоснованные решения об оценке состояния и планировании лечения. Как мы полагаем, наиболее важно то, что сначала требуется первоначальный «снимок» обратившегося за помощью молодого пациента, чтобы помочь клиницисту определить, какие научно обоснованные инструменты оценки следует применять и какого направления придерживаться в беседе с пациентом. В действительности в течение времени, доступного врачу для оказания клинических услуг молодому пациенту, физически невозможно учесть все возможные диагнозы, пути психического развития (как типичные, так и атипичные) и механизмы, которые могут объяснить возникновение и персистирование психических расстройств. Вместо этого первоначальный «моментальный снимок» выполняет эвристическую функцию, выдвигая на первый план факторы, которые с учетом эмпирических, номотетических доказательств с наибольшей вероятностью имеют значение для оказания

помощи данному конкретному пациенту. Этот «моментальный снимок» включает: 1) существующие проблемы, включая все предыдущие диагнозы, поставленные молодому человеку; 2) возраст, пол и культурные особенности молодого пациента.

Чтобы создать такой «моментальный снимок», собирается информация о каждой имеющейся проблеме и интерпретируется в контексте развития и культурных особенностей. Например, сообщения родителей о поведении, соответствующем тревоге, связанной с разлукой, могут рассматриваться по-разному, если они присутствуют у четырехлетнего ребенка или у девятилетнего. Точно так же уместность совместного сна родителей и ребенка, вероятно, зависит от возраста ребенка, его пола и культурной приемлемости такого поведения. Представление проблем может быть организовано в соответствии с их поведенческими, эмоциональными, межличностными, когнитивными и физиологическими компонентами [Friedberg & McClure, 2015; Persons, 1989]. При сборе информации о проблемах следует затронуть каждую из этих областей, но возможно, что не все из этих областей будут содержать трудности. На этом этапе клиницист может пожелать применить шкалы оценки симптомов, основанные на доказательных принципах, для получения информации об относительной тяжести симптомов при сравнении с нормативными гендерными и возрастными показателями.

На принятие клинических решений могут влиять мно-

гочисленные эвристические алгоритмы и предубеждения, в том числе эффекты первичности и новизны, когнитивные искажения атрибуции и эвристики доступности [Garb, 1998, 2005]. Когнитивные искажения и эвристика могут быть особенно проблематичными при разработке концептуализации клинического случая по двум причинам. Во-первых, при разработке первоначального представления о случае клиницист имеет относительно ограниченную информацию о клиенте и поэтому может быть особенно склонен полагаться на общие предположения и прошлый опыт, чтобы «заполнить пробелы» в своих знаниях о пациенте. Во-вторых, если первоначальная концептуализация клинического случая не рассматривается явно как совокупность гипотез, которые необходимо оценить и не принимать как «истину», она сама может стать источником «эффекта привязки» и когнитивного искажения подтверждения. Искушению не изменять «разумную» первоначальную концепцию клинического случая можно противодействовать только продолжением усилий по сбору информации о клиенте и его реакции на лечение. Даже в этом случае слепая зона когнитивного искажения [Pronin, Lin & Ross, 2002] – возможно, самое пагубное из всех когнитивных предубеждений – может привести к тому, что клиницисты недооценивают степень влияния когнитивных искажений на самих себя.

АПП (ABCs)

Принцип АПП (антецеденты, поведение, последствия – Antecedents, Behaviors, Consequences, ABCs) в концептуализации клинического случая предназначен для предоставления информации о текущих проблемных поведенческих моделях, и получения подробностей о них, и является стандартной практикой в КППТ. После того как выявлены существующие проблемы, собирается дополнительная информация об антецедентах и последствиях, чтобы составить более полную картину возможных триггеров проблемного поведения и потенциальных подкрепляющих факторов. Что касается антецедентов, информация о триггерах может иметь решающее значение для определения природы основной дисфункции. Например, вспышка гнева может возникнуть, когда ребенка просят сделать что-то, чего он или она делать не хочет (например, вызывающее поведение, неповиновение). Однако если просьба вызывает у ребенка тревогу, считается ли такое поведение неповиновением, нерегулируемой реакцией на тревогу или и тем и другим? Даже если очевидно, что поведение связано с тревогой, подробная информация об антецедентах может помочь выявить потенциальный подтип вызываемой тревоги. Может быть, ребенка просили достать что-нибудь из темного подвала? Просили ли подростка ответить на телефонный звонок или позвонить, чтобы сде-

лать заказ на доставку еды? Возможно, молодому пациенту было велено сесть в машину, чтобы ехать в школу, и ему не разрешили проверить, заперты ли двери. Эти ситуации отражают множество различных тревог, связанных с фобией темноты, социальной тревогой и обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). Эти antecedentes представляют собой призму, через которую следует интерпретировать проблемное поведение. С помощью этой линзы врач может продолжить сбор информации о последствиях, или о поведении и событиях, которые обычно следуют после проблемного поведения.

Принцип АПП – это ключ к выявлению факторов, усиливающих и поддерживающих дисфункциональные модели поведения. Хорошее понимание принципов поведения может помочь клиницисту оценить последствия, которые увеличивают вероятность повторения проблемного поведения (т. е. подкрепление). Чаще всего поведение подкрепляется, когда желаемые последствия для молодого человека наступают после поведения. Например, чтобы снизить уровень конфликта в семье, родитель может уступить повторяющемуся нытью ребенка и разрешить ему ложиться спать попозже или дать дополнительное время у компьютера, что затем увеличивает вероятность того, что ребенок будет вести себя аналогичным образом в семье в будущем, чтобы получить желаемое (т. е. положительное подкрепление). Отрицательное подкрепление также может увеличивать вероятность опре-

деленного поведения. Например, родитель может перестать настаивать на том, чтобы ребенок доел свой обед, чтобы избежать истерики ребенка за обеденным столом. Поскольку родители и другие значимые фигуры в жизни ребенка могут различаться по тому, как они взаимодействуют с ребенком, элементы АПП, заслуживающие клинического внимания, могут различаться в зависимости от контекста (например, дома, в школе, в доме бабушки и дедушки) и от родителей (например, родители могут по-разному реагировать на проблемное поведение). Наконец, с точки зрения развития, когда молодой пациент переходит от младшего школьного возраста к среднему и подростковому возрасту, возрастает влияние факторов вне семьи. Это следует учитывать при идентификации АПП, поскольку разные комплексы АПП могут иметь отношение к разным контекстам.

Текущие контекстные факторы

В соответствии с перспективой психопатологии развития, принципы АПП следует рассматривать как встроенные в контекст макроуровня, включая контекст семьи и школы, отношения со сверстниками и район (или районы), в котором живут дети. Что касается семьи, то неплохо было бы собрать общую информацию о стиле воспитания, так как накоплено значительное количество исследований о влиянии перmissive, авторитарного и авторитативного (демократи-

ческого) стилей воспитания на развитие детей и подростков [Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994]. Например, врач может узнать об установлении правил в доме (существуют ли домашние правила и как они применяются?) и возможных последствиях их нарушения. Следует также отметить, что определенные аспекты воспитания также связаны с различными психологическими проблемами у молодых пациентов.

Такие аспекты воспитания, как неприятие и враждебность, психологический контроль и надзор со стороны родителей, получили значительную доказательную поддержку в своей связи с дальнейшей склонностью к правонарушению [Hoeve et al., 2009]. Первоначальные вопросы о том, что родители делают, когда подросток говорит, что он или она идет встречаться с друзьями (например, «Куда ты идешь? С кем ты идешь, и кто там будет? Каким образом ты будешь себя вести, чтобы убедиться, что будешь дома то время, о котором мы договорились?») может при необходимости подготовить почву для дальнейшего изучения практик мониторинга. Предоставление родителями автономии особенно актуально для детской тревожности [McLeod, Wood & Weisz, 2007], а родительская враждебность наиболее тесно связана с депрессивными симптомами [McLeod, Weisz & Wood, 2007]. Если в семье не один родитель, у каждого из них может быть свой подход к воспитанию детей. Последовательны ли родители в том, как они реагируют на поведение своего

ребенка, или это зависит от типа поведения? Помимо стилей и практик воспитания, на развитие могут влиять другие связанные с родителями переменные, такие как родительский стресс или родительская психопатология, которые могут напрямую влиять на способность родителей участвовать в эффективном воспитании детей [Deater-Deckard, 1998]. Следует также отметить общие семейные переменные, такие как жилищные условия и финансовое состояние семьи. Возвращаясь к предыдущему примеру, возможно, ребенок спит вместе с родителями, потому что семья живет в квартире с одной спальней. Если семья не может удовлетворить основные потребности, как это может иметь место при работе с тяжелыми травмами (где безопасность является главной заботой) или с пациентами из числа беженцев (где жилье, еда и доступ к ресурсам имеют первостепенное значение), у врача могут возникнуть трудности в продвижении вперед с помощью вмешательств, направленных на эмоциональные и поведенческие трудности.

Факторы, связанные со школой, важны, поскольку молодые пациенты проводят большую часть своего дня в школе, и по большей части ни родители, ни врач не могут полноценно наблюдать за ребенком в этой среде. В школьном возрасте учитель может дать представление об академическом, эмоциональном и социальном функционировании ребенка в отношении со сверстниками. В частности, иногда родителям бывает трудно определить социальные трудности,

особенно если ребенок не участвует во внеклассных мероприятиях или играх вне школьного контекста. При постановке диагноза, вероятно, потребуются некоторые знания об условиях школы. Например, для оппозиционно-вызывающего расстройства количество условий, в которых проблемное поведение заметно, напрямую связано с квалификатором тяжести состояния [American Psychiatric Association, 2013]. Точно так же симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности должны присутствовать как минимум в двух условиях (например, дома и в школе). Кроме того, исследования показывают, что переменные, связанные со школой, тесно связаны с психологическими трудностями. Учитывая двунаправленное влияние между функционированием в школе и психологическим функционированием [Suldo, Gormley, DuPaul & Anderson-Butcher, 2014], клиницист также будет интересоваться стратегиями, применяемыми для решения проблем, с которыми ребенок сталкивается в школе. Например, проводил ли школьный персонал официальную оценку ребенка и есть ли у ребенка индивидуальный план обучения?

Когда дети идут в школу и устанавливают дружеские отношения, важно учитывать количество и качество этих дружеских отношений. Интересно ли ребенку играть со сверстниками? Как ребенок взаимодействует со сверстниками? Встречается ли ребенок с друзьями вне школы? В подростковом возрасте сверстники могут занять центральное место

в повседневной жизни подростка, и эти взаимодействия могут оказать значительное влияние на его деятельность и принятие решений [Gardner & Steinberg, 2005]. Дружба, особенно с девиантными сверстниками, может быть фактором риска курения, употребления психоактивных веществ и рискованного поведения [Steinberg, Fletcher & Darling, 1994]. Другой важный для оценки связанный со сверстниками компонент – это виктимизация со стороны сверстников, поскольку она отрицательно влияет на академическую успеваемость [Nakamoto & Schwartz, 2010] и может обуславливать изменения в интернализации проблем [Reijntjes, Kamphuis, Prinzie & Telch, 2010].

Клиницисты могут легко упустить из виду соседей и сообщество, в котором живет семья, но мы знаем, что несколько переменных на уровне места жительства могут влиять на функционирование семьи. Например, результаты мета-анализов показывают, что проживание в склонном к насилию сообществе связано с посттравматическим стрессовым расстройством, а также с внешними и интернализирующими симптомами в молодом возрасте [Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura & Baltes, 2009]. Низкий социально-экономический статус и нестабильные жилищные условия также имеют положительную корреляцию с эмоциональными и поведенческими проблемами [Leventhal & Brooks-Gunn, 2000]. Точно так же подверженность риску и бедности связана с нарушениями регуляции стрессовой реакции

[Evans & Kim, 2007]. Также стоит отметить положительные переменные сообщества, поскольку они могут рассматриваться как защитные факторы или сильные стороны молодого пациента и семьи. Например, исследования показывают, что сплоченность соседей может иметь защитный эффект перед лицом неблагоприятного опыта, такого как родительская враждебность [Silk, Sessa, Sheffield Morris, Steinberg & Avenevoli, 2004].

Соответствующая история

Обзор соответствующей истории молодого пациента и семьи может дать полезные сведения о существующих проблемах и процессах, которые разворачивались с течением времени и влияли на текущие модели поведения. Хотя мы признаем, что не всегда необходимо получать всю эту информацию в подробностях, существует ряд тем и областей, по которым клиницисту имеет смысл попытаться получить хотя бы некоторую беглую информацию. Позже в этой главе мы предлагаем более детальное обсуждение того, какие элементы следует рассмотреть и как организовать эти элементы концептуализации клинического случая.

Клиницист может рассмотреть возможность получения хотя бы краткого анамнеза развития ребенка, включая любые существенные пренатальные неблагоприятные факторы, достижение важных этапов развития и характер ребенка в

раннем возрасте. История развития также может помочь в дифференциальной диагностике, поскольку некоторые диагностические проблемы можно проследить до раннего детства. История развития может предоставить информацию о потенциальных факторах уязвимости или значимых событиях, которые могли повлиять на траекторию развития ребенка. Например, особенности детского характера могут сделать ребенка уязвимым к психопатологии, как в случае поведенческого торможения и тревоги [Schwartz, Snidman & Kagan, 1999]. Темперамент ребенка также может влиять на воспитание детей, выявляя определенные подходы или стратегии воспитания [Koschanska, 1993]. Несмотря на эти потенциальные факторы воздействия, клиницист должен помнить о важности различия между вероятностью (т. е. наличие фактора риска может увеличить вероятность психологического состояния) и детерминизмом (т. е. фактор риска определенно вызовет психологическое состояние) при разработке гипотез о проблемах клиента.

Также может быть полезно получить краткую историю болезни для ребенка и членов семьи. Есть ли какие-либо серьезные заболевания, которые могут оказывать влияние на молодого пациента во время оценки? Были ли в анамнезе проблемы со здоровьем, которые могли повлиять на функционирование или социализацию? Например, исследования показывают, что дети и подростки с хроническими соматическими заболеваниями демонстрируют более высокий уро-

вень депрессивных симптомов, чем дети и подростки без хронических заболеваний (диапазон d Коэна от 0,19 до 0,94 [Pinquart & Shen, 2011]). Точно так же наличие у родителей серьезных медицинских или психологических проблем может повлиять на психическое здоровье ребенка [Connell & Goodman, 2002]. Хотя предыдущие психиатрические диагнозы обязательно должны быть отмечены как часть предварительного «моментального снимка», в анамнезе также могут быть психологические проблемы, в отношении которых ребенок никогда не был ни обследован, ни диагностирован. Если состояние молодого пациента оценивалось ранее, кто проводил оценку и были ли сформулированы какие-либо диагнозы? Было ли рекомендовано и/или получено лечение? Информация, касающаяся лечения, может помочь понять, как ребенок отреагирует на вмешательства в будущем. Семейный медицинский анамнез также может дать информацию о ряде вопросов, включая потенциальную генетическую уязвимость или предрасположенность к текущим дисфункциональным состояниям и возможным факторам семейного окружения, которые могли сформировать проблемные модели поведения.

Наконец, необходимо собрать историю значимых жизненных событий, поскольку стресс может напрямую влиять на иммунное функционирование и иметь серьезные последствия [Segerstrom & Miller, 2004]. Хотя некоторые жизненные события могут быть восприняты семьей как положи-

тельные (например, рождение брата или сестры), они все же могли вызывать стресс и повлиять на уровень функционирования нашего пациента. Другие жизненные события, которые могут заинтересовать клинициста, включают историю травм или жестокого обращения, смерть любимого человека или домашнего животного, переезд в другой дом, болезнь родителей и потеря работы у одного из членов семьи. Все эти факторы потенциально могут влиять на появление и/или последующее подкрепление существующей проблемы [Connell & Goodman, 2002; Hein & Monk, 2017; Rege, Telle & Votruba, 2011].

ОБЪЕДИНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТОДА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СООТВЕТСТВИИ С ОСОБЕННОСТЯМИ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ

Общепризнано, что основная цель концептуализации клинического случая – руководство планированием и проведение лечения. Одним из важных компонентов процесса предоставления лечения является адаптация вмешатель-

ства для максимизации терапевтического эффекта в начале лечения и на протяжении всего периода оказания помощи [Ng & Weisz, 2016; Norcross & Wampold, 2011; Santucci, Thomassin, Petrovic & Weisz, 2015]. В предыдущем разделе мы обсудили набор элементов концептуализации клинического случая. В этом разделе мы рассмотрим, как эти элементы могут быть объединены в первоначальную концепцию случая, которая может использоваться для руководства при разработке плана лечения на ранних этапах. Не все элементы, описанные ранее, должны быть включены в концептуализацию каждого случая, и даже те элементы, которые включены, не обязательно должны быть на переднем крае при планировании и предоставлении лечения. В процессе осуществления лечения и продолжения оценки первоначальная концептуализация клинического случая, вероятно, будет изменяться. В этом контексте также возможно, что некоторые элементы, которые не имели отношения к лечению вначале, станут более заметными по мере продвижения лечения. Например, различия в подходах к воспитанию детей, которые, возможно, не были заметными, когда родители восьмилетнего ребенка были сосредоточены на лечении энуреза, могут стать гораздо более значимыми, когда центр клинического внимания переключится на лечение симптомов ребенка тревоги, вызванной разлукой.

Комбинирование элементов концептуализации клинического случая

Чтобы сформировать первоначальное представление о молодом пациенте и семье, клиницист должен получить достаточно информации, чтобы сформировать «моментальный снимок» ребенка на основе имеющихся проблем и демографической информации. Этот «моментальный снимок» в дальнейшем помогает клиницисту генерировать релевантные гипотезы, чтобы рассмотреть и определить, какие инструменты ЕВА следует использовать для решения этих гипотез. Например, если сообщается о нескольких проблемах интернализации и экстернализации, врач может счесть целесообразным применение шкалы широкого диапазона для оценки разнообразных эмоциональных и поведенческих проблем. Эти основанные на фактах инструменты могут дать представление о том, насколько проблемное поведение пациента сравнимо с поведением других детей и подростков того же возраста и пола. Чтобы дополнить эту информацию, можно собрать идиографические данные от родителей и ребенка для изучения их представлений об основных проблемах, которые следует решать при лечении [Weisz et al., 2011].

Основываясь на результатах этих инструментов оценки, клиницист может приоритизировать проблемы, которые соответствуют порогу клинической значимости, после чего бо-

более подробное понимание этих проблем может быть получено путем опроса с акцентом на АПП. На данном этапе процесса концептуализации клинического случая также важно учитывать сильные стороны пациента и семьи. Независимо от характера или серьезности основных проблем, пациенты и их семьи будут использовать ресурсы, направленные на избежание еще большего стресса и/или эмоционального потрясения, чем они испытывают на данный момент времени. Понимание этих ресурсов и стратегий, используемых при решении основных проблем, играет ключевую роль в разработке плана лечения.

Элементы АПП должны быть встроены в широкую контекстуальную структуру, но клиницист должен будет принимать обоснованные решения о том, какие факторы включить в концептуализацию. Это, вероятно, будет самой большой проблемой, стоящей перед клиницистом при разработке содержательной и последовательной первоначальной концептуализации клинического случая. С этой целью мы настоятельно рекомендуем клиницистам развивать глубокое понимание психопатологии развития, включая как концептуальные, так и эмпирические элементы. Первостепенное значение имеет понимание разнообразия, присущего человеческому развитию, и важность множественности, но также понимание исследовательской литературы, посвященной психологическим характеристикам (и готовность при необходимости прибегать к ней), межличностным/семейным факто-

рам и сопутствующим состояниям, наиболее часто связанными с центральными компонентами клинического «моментального снимка».

Например, переменные, связанные со школой, могут быть менее актуальными для четырехлетнего ребенка, чем для 12-летнего ребенка, а более детальное понимание взаимодействия со сверстниками может быть особенно актуально для пациентов в возрасте 6–12 лет до подросткового возраста. Тем не менее обследование детей младшего возраста (включая детей, посещающих детский сад) на наличие трудностей, связанных с общением со сверстниками и школой, было бы хорошим первым шагом, и, при наличии такой возможности, врач может получить дополнительную информацию по мере необходимости. Точно так же обзор соответствующей истории может отличаться по объему в зависимости от проблемы и возраста молодого пациента. Учитывая нехватку времени и необходимость начать терапию для решения проблем семьи, насколько актуально подробное понимание этапов развития (например, когда ребенок начал ходить, когда заговорил, как приучался к туалету) для 16-летнего ребенка с симптомами депрессии? В соответствии с нашими предыдущими комментариями, клиницисты должны знать, что на такие решения могут влиять различные когнитивные искажения, поэтому необходимо предпринять шаги для минимизации вероятного воздействия этих ошибок на развитие концептуализации клинического случая.

Индивидуализация вмешательства

Основная цель клинициста – сформулировать всестороннюю, но краткую концепцию представленных проблем и связанных с ними сильных сторон, чтобы иметь возможность представить пациенту наиболее подходящий курс лечения и определить способы адаптации этого вмешательства для максимальной эффективности. Принятие клинических решений, необходимых для достижения этой цели, должно быть научно обоснованным. Как утверждают Норкросс и Вамполд (2011), клиницисты должны стремиться «адаптировать психотерапию к особенностям отдельного пациента, но делать это в соответствии с общими принципами, выявленными в ходе клинических исследований». Два дополнительных элемента концептуализации заслуживают упоминания при рассмотрении вопроса об адаптации терапевтического вмешательства: потенциальные препятствия на пути лечения и перспективы успешного курса лечения. Эти элементы не являются взаимоисключающими из контекстных и исторических элементов, описанных ранее. Например, бедность (т. е. контекстуальный фактор) может быть значительным препятствием для использования услуг системы охраны психического здоровья [Santiago, Kaltman & Miranda, 2013] и связана с преждевременным прекращением лечения [Miller, Southam-Gerow & Allin, 2008]. Были определены

различные факторы, выступающие как потенциальные препятствия для осуществления лечения и достижения положительных результатов в клинических условиях. Опираясь на эту исследовательскую базу, клиницист может видоизменить выбранный метод вмешательства (например, используя трансдиагностический подход для детей с множественными актуальными проблемами, реализуя стратегии взаимодействия для детей и подростков и их семей [Ingoldsby, 2010], или адаптировать проведение выбранного вмешательства [McCabe, Yeh, Garland, Lau & Chavez, 2005], о терапии взаимодействия родителей с детьми, адаптированной для американцев мексиканского происхождения).

Помимо адаптации лечения с самого начала, вмешательства также могут быть адаптированы с учетом первоначальной реакции молодого пациента и семьи на лечение [Ng & Weisz, 2016]. Подходы идиографической оценки могут быть особенно полезны для мониторинга реакции на лечение и внесения необходимых корректив в течение курса лечения [Weisz et al., 2011]. Как мы обсудим в следующем разделе, модульные подходы к терапии предлагают значительную гибкость при создании индивидуальной программы лечения для детей, включая гибкость при внесении изменений в зависимости от реакции на лечение.

Ключевым компонентом Модульного подхода к терапии для детей и подростков с тревогой, депрессией, травмой или проблемами поведения (MATCH-ADTC), разработан-

ного Чорпитой и Вайсом (2009), является система мониторинга и обратной связи, предназначенная для помощи врачам в принятии решений. При этом подходе к лечению, эффективность которого была подтверждена в ходе клинических испытаний, проблемы и симптомы детей и подростков отслеживаются еженедельно, и врачи могут отслеживать прогресс в графической форме. Такая информация имеет решающее значение для медицинской помощи, поскольку исследования показывают, что еженедельная обратная связь с клиницистами о терапевтических успехах связана с ускоренными темпами прогресса при работе с молодыми пациентами [Bickman, Kelley, Breda, de Andrade & Riemer, 2011]. Более того, мониторинг лечения может предоставить информацию, которая противодействует влиянию различных когнитивных искажений на оценку клиницистом прогресса лечения.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В РАМКАХ ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И МОДУЛЬНОЙ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

Накоплен значительный объем литературы о преимуще-

ствах и недостатках подходов к лечению, ориентированных на конкретное заболевание, по сравнению с трансдиагностическими подходами [Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011]. Растущее внимание к трансдиагностическим подходам объясняется рядом факторов, включая низкую надежность и сомнительную обоснованность многих диагностических категорий [Spitzer, Endicott & Robins, 1978], высокий уровень неоднородности диагностических категорий [Strauss & Smith, 2009] и многочисленность сопутствующих заболеваний [Angold, Costello & Erkanli, 1999]. Кроме того, эти подходы к лечению позволяют адаптировать терапевтические вмешательства к сложным профилям симптомов многих молодых пациентов, обращающихся за помощью [Santucci et al., 2015; Weisz, Krumholz, Santucci, Thomassin & Ng, 2015], и отвечают предпочтениям многих клиницистов использовать компоненты научно обоснованных методов терапии, а не полный стандартизированный пакет терапии [Chu et al., 2015].

Ряд исследовательских групп разработали трансдиагностические и модульные подходы к терапии для детей и подростков (например, модульная КПТ при тревоге у детей [Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt & Austin, 2004], MATCH-ADTC [Chorpita & Weisz, 2009], унифицированный протокол для лечения эмоциональных расстройств у молодых пациентов [Ehrenreich, Goldstein, Wright & Barlow, 2009]). Эти подходы показали многообещающие результаты в испытаниях эффективности и действенности [Ehrenreich-May & Bilek,

2012; Ehrenreich-May et al., 2016; Weisz et al., 2012], включая устойчивость улучшений при отсроченном контроле [Bullis, Fortune, Farchione & Barlow, 2014; Chorpita et al., 2013].

Основная тема, очевидная в этом исследовании, заключается в том, что работа, таргетированная на лежащую в основе трансдиагностическую дисфункцию, может повлиять на более чем один имеющийся симптом. Одним из следствий этого является то, что концептуализация клинического случая, основанная на подходе к оценке и лечению, специфичному для конкретного заболевания, может не быть оптимальной для проведения трансдиагностических/модульных методов лечения. В свете отсутствия консенсуса по процедурам концептуализации клинического случая, о которых говорилось в начале этой главы, неудивительно, что адаптации, необходимой для формирования основанных на фактических данных трансдиагностических концептуализаций, уделяется ограниченное внимание [Dudley et al., 2011; Weiss, 2014]. Еще больше усложняет ситуацию относительно скудная исследовательская база трансдиагностических моделей психопатологии и трансдиагностических механизмов лечебного эффекта [Kazdin, 2009; Schmidt & Schimmelmman, 2015], которые могут быть использованы для информирования процессов концептуализации клинического случая. Принимая во внимание эти ограничения, мы теперь обратимся к двум примерам трансдиагностического и модульного подходов, которые включают адаптации для концептуализации клини-

ческого случая.

В рамках трансдиагностического подхода к лечению терапия должна быть нацелена на предложенный трансдиагностический механизм изменения [Harvey, 2013]. Например, значительные данные свидетельствуют о том, что нарушения в регуляции эмоций являются центральным трансдиагностическим фактором, вовлеченным в этиологию многих детских психических расстройств, включая тревогу, депрессию и экстернализованные поведенческие проблемы [Ehrenreich, Fairholme, Buzzella, Ellard & Barlow, 2007; Eisenberg et al., 2001; Southam-Gerow & Kendall, 2002; Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006], и эти данные привели к разработке эмоционально – ориентированных программ лечения для детей и подростков (например, контекстная терапия для регулирования эмоций при детской депрессии [Kovacs et al., 2006], эмоционально ориентированная когнитивно-поведенческая терапия при тревожных расстройствах у детей [Suveg et al., 2018], унифицированный протокол для лечения эмоциональных расстройств у молодых пациентов [Ehrenreich et al., 2009]). Однако с запаздыванием развивается рекомендуемый подход к применению эмпирических данных о выявленном трансдиагностическом механизме изменения (например, регуляции эмоций) для создания концептуализации клинического случая, что крайне важно для клиницистов, чтобы адаптировать подход к лечению в соответствии с потребностями пациента.

Один из подходов к процессу концептуализации клинического случая был предложен Вайсом (2014) в трансдиагностической модели, нацеленной на эмоциональные проблемы у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра. В рамках этого подхода регуляция эмоций выделяется как ключевой трансдиагностический механизм изменений. Применяя процессуальную модель эмоциональной регуляции Дж. Гросса и Р.А. Томпсона (2007), которая определяет пять этапов регуляции эмоций – выбор ситуации (situation selection); модификация ситуации (situation modification); распределение внимания (attentional deployment); когнитивное изменение (cognitive change) и модуляция ответа (response modulation), – Вайс обозначил подробную комплексную формулировку с поведенческими маркерами в каждом из пяти этапов. Таким образом, при концептуализации клинического случая внимание уделяется как адаптивным, так и дезадаптивным результатам регуляции эмоций на каждой стадии, каждый из которых индивидуализирован для конкретного ребенка [Weiss, 2014]. Клиницист должен включить эти компоненты в более широкую концепцию, чтобы определить идеальную отправную точку для лечения (например, начать с более мелких поведенческих задач, чтобы добиться успехов), а затем использовать инструменты мониторинга лечения, чтобы определить, нужны ли какие-либо корректировки в подходе к лечению. Следует отметить, что мониторинг прогресса ле-

чения в рамках трансдиагностического подхода не ограничивается исключительно показателями симптомов. Скорее, поскольку концептуализация построена на трансдиагностическом механизме изменения, клиницист должен отслеживать прогресс именно по этому механизму изменения [Frank & Davidson, 2014]. Комбинация номотетического и идиографического подходов, вероятно, будет здесь особенно полезной, поскольку идиографические подходы могут легче фиксировать изменения в трансдиагностических механизмах, особенно из-за недостаточности исследований по стандартизированным инструментам для измерения таких механизмов.

Модульные методы терапии предлагают множество компонентов лечения и терапевтических техник, все из которых не обязательно применять при работе с пациентом. Например, руководство Coping Cat [Kendall & Hedtke, 2006a, 2006b], широко использующее немодульный подход КПТ для лечения детской тревожности, содержит 16 сессий, предназначенных для последовательного использования. Первая часть лечения направлена на развитие навыков у молодого пациента и включает в себя такие компоненты, как психообразование о симптомах тревоги, обучение релаксации и когнитивная реструктуризация. Во второй части лечения молодые пациенты работают вместе с врачом, чтобы применить новые приобретенные навыки в контексте постепенной экспозиции. Напротив, протокол тревожности MATCH-ADTC

[Chorpita & Weisz, 2009] побуждает клиницистов проводить психообразование, связанное с тревогой, для ребенка и родителей, создавать иерархию ситуаций, вызывающих страх, и двигаться непосредственно к реализации постепенной экспозиции (т. е. практики). Дополнительные методы, такие как тренинги релаксации, когнитивная реструктуризация и использование поощрений, прописаны не каждому молодому пациенту. Скорее, клиницисты имеют доступ к подробным сведениям о внедрении этих лечебных модулей, но должны выбирать их применение только в том случае, если сталкиваются с помехами в ходе лечения.

Например, врач может попытаться осуществить постепенную экспозицию, но ребенок демонстрирует низкую мотивацию к выполнению задач экспозиционной терапии. Затем клиницист может выбрать включение модуля вознаграждений (который является частью протокола поведения), чтобы стимулировать и облегчить выполнение задач экспозиционной терапии. Дети без мотивационных трудностей могут не нуждаться в этой терапевтической технике. Таким образом, концептуализация клинических случаев для модульного метода лечения должна в первую очередь очерчивать иерархию целей лечения и предлагать предварительную концептуализацию наиболее экономичного из возможных планов лечения, т. е. плана лечения с минимальным количеством модулей, необходимых для получения значительных изменений клинических симптомов [Dudley et al., 2015]. При этом сле-

дует отметить, что это полностью согласуется с «достаточно хорошим» подходом, принятым в ЕВА, и, учитывая ограниченность ресурсов, доступных для служб охраны психического здоровья, клиницистам было бы целесообразно рассмотреть возможность применения этого аспекта модульного планирования лечения к услугам, связанным с конкретным расстройством [Youngstrom et al., 2017].

По возможности решения о том, какие модули включить, а какие исключить, должны основываться на эмпирических данных. В предыдущем примере клиницист может счесть правильным исключить тренинг релаксации из плана лечения, учитывая предыдущие эмпирические данные о том, что включение этого тренинга в более широкий пакет лечения, ориентированный на снижение тревожности, оказывает весьма ограниченное влияние на результаты [Peris et al., 2015]. Включенные модули затем должны быть реализованы в последовательности, которая потенциально может оказать наиболее значимое воздействие на ребенка [Nakamura, Pestle & Chorpita, 2009], где приведен пример исследования, связанного с последовательностью модулей КПТ для детской тревожности.

БУДУЩЕЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ

КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ЧТО ЖДЕТ НАС ДАЛЬШЕ?

Наше представление научно обоснованной концептуализации клинических случаев предлагает несколько направлений для будущих исследований. Во-первых, хотя клиницисты соглашаются с важностью концептуализации клинического случая для лечения, эмпирические данные, подтверждающие концептуализацию клинического случая как процесса или продукта, улучшающего результаты лечения, в основном отсутствуют. Следовательно, исследования для определения клинической применимости концептуализации бесспорно необходимы. Например, неясно, предлагают ли более качественные концептуализации какие-либо клинические преимущества, превышающие эффективность базовых клинических знаний о диагнозах и профилях симптомов. Во-вторых, различные исследовательские группы попытались изучить, как врачи формулируют концептуализации клинического случая и как они принимают решения, связанные с лечением, на основе концептуализации [Dudley et

al., 2015]. Несмотря на это исследование, остается неясным, как именно врачи в реальной практике формируют концептуализации для своих пациентов и используют эту информацию в ходе лечения. Одним из осложняющих факторов является то, что концептуализация клинического случая – это процесс; поэтому исследования по разработке клиницистами и применению концептуализации к пациентам также должны основываться на процесс-ориентированном подходе. Хотя статическое измерение концептуализаций клинического случая может быть информативным и помочь в создании гипотез о том, как врачи используют концептуализации в своей практике, исследование, ориентированное на процесс, также необходимо для понимания хода разработки концептуализации, применения к клиенту и корректировок, которые происходят в течение курса лечения. Наконец, когнитивные искажения и ошибки практикующего врача, вероятно, очень распространены при принятии клинических решений [Ridley et al., 2017], но мы мало знаем о том, в какой степени они возникают при концептуализации клинического случая и имеют ли они какое-либо значимое влияние на осуществление и исход медицинской помощи.

Учитывая текущее состояние литературы, важно, чтобы клиницисты могли разработать концептуализацию клинического случая и применять ее к лечению таким образом, чтобы это было основано на эмпирических исследованиях. В частности, клиницисты должны искать научную информа-

цию, относящуюся: 1) к ряду факторов, которые часто оказываются связанными с конкретными диагнозами или профилями симптомов; 2) как когнитивные искажения могут повлиять на процессы принятия клинических решений и как такие влияния можно минимизировать. В связи с этим мы поощряем учебные программы и супервизоров обучать доказательной концептуализации клинических случаев с использованием научно обоснованного подхода, основанного на обновленных рекомендациях в литературе, таких как те, что изложены Кристоном и его коллегами (2015).

Наконец, важное направление, которое следует учитывать при разработке исследования концептуализации клинического случая, включает трансдиагностические подходы к концептуализации проблем пациентов и психологического вмешательства. Учитывая растущее внимание к трансдиагностическим моделям, знания о трансдиагностических механизмах изменений необходимы для обоснования принятия клинических решений. Широкий трансдиагностический подход, представленный RDoC [Insel et al., 2010], будет иметь большое влияние на то, как проводятся клинические исследования. Соответственно, мы ожидаем, что в течение 10 лет клиницисты начнут рассматривать, когда и как преобразовать результаты исследований RDoC в аспекты концептуализации клинических случаев как для лечения конкретного расстройства, так и для трансдиагностического/модульного метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Achenbach T.M. & Rescorla L.A.* Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. – Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
2. *Angold A., Costello J. & Erkanli A.* Comorbidity // *Journal of Child Psychiatry and Psychology*. – 1999. – Vol. 40. – P. 57–87.
3. *Beck J.S.* Cognitive therapy: Basics and beyond. – New York: Guilford Press, 1995.
4. *Beidas R.S., Stewart R.E., Walsh L., Lucas S., Downey M.M., Jackson K. & Mandell D.S.* Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2015. – Vol. 22. – P. 5–19.
5. *Belsky J. & Pluess M.* Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences // *Psychological Bulletin*. – 2009. – Vol. 135. – P. 885–908.
6. Beyond diagnosis: Case formulation in cognitive behavioural therapy / edited by M. Bruch. – 2nd ed. – Chichester, UK: Wiley, 2015.
7. *Bickman L., Kelley S.D., Breda C., de Andrade A.R. & Riemer M.* Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial //

Psychiatric Services. – 2011. – Vol. 62. – P. 1423–1429.

8. *Bogdan R., Agrawal A., Gaffrey M.S., Tillman R. & Luby J.L.* Serotonin transporter-linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype and stressful life events interact to predict preschool-onset depression: A replication and developmental extension // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2014. – Vol. 55. – P. 448–457.

9. *Borntrager C. & Lyon A.R.* Monitoring client progress and feedback in school-based mental health // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2015. – Vol. 22. – P. 74–86.

10. *Bucci S., French L. & Berry K.* Measures assessing the quality of case conceptualization: A systematic review // *Journal of Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 72. – P. 517–533.

11. *Bullis J.R., Fortune M.R., Farchione T.J. & Barlow D.H.* A preliminary investigation of the long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders // *Comprehensive Psychiatry*. – 2014. – Vol. 55. – P. 1920–1927.

12. *Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E., Taylor A., Craig I.W., Harrington H., Poulton R.* Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // *Science*. – 2003. – Vol. 301. – P. 386–389.

13. *Chorpita B.F., Taylor A.A., Francis S.E., Moffitt C. & Austin A.A.* Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders // *Behavior Therapy*. – 2004. – Vol. 35. – P. 263–287.

14. *Chorpita B.F. & Weisz J.R.* Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH-ADTC). – Satellite Beach, FL: PracticeWise, 2009.

15. *Chorpita B.F., Weisz J.R., Daleiden E.L., Schoenwald S.K., Palinkas L.A., Miranda J.* Long-term outcomes for the Child STEPS randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care / Research Network on Youth Mental Health // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 81. – P. 999–1009.

16. *Christon L.M., McLeod B.D. & Jensen-Doss A.* Evidence-based assessment meets evidence-based treatment: An approach to science-informed case conceptualization // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2015. – Vol. 22. – P. 36–48.

17. *Chu B.C., Crocco S.T., Arnold C.C., Brown R., Southam-Gerow M.A. & Weisz J.R.* Sustained implementation of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety and depression: Long-term effects of structured training and consultation on therapist practice in the field // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2015. – Vol. 46. – P. 70–79.

18. *Connell A.M. & Goodman S.H.* The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis // *Psychological Bulletin*. – 2002. – Vol. 128. – P. 746–773.

19. *Conradt E., Measelle J. & Ablow J.C.* Poverty, problem

behavior, and promise: Differential susceptibility among infants reared in poverty // *Psychological Science*. – 2013. – Vol. 24. – P. 235–242.

20. *Davis M., Thomassin K., Bilms J., Suveg C., Shaffer A. & Beach S.A.* Preschoolers' genetic, physiological, and behavioral susceptibility factors moderate links between parenting stress and internalizing, externalizing, and sleep problems // *Developmental Psychobiology*. – 2017. – Vol. 59. – P. 473–485.

21. *De Los Reyes A., Augenstein T.M., Wang M., Thomas S.A., Drabick D.A.G., Burgers D.E. & Rabinowitz J.* The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health // *Psychological Bulletin*. – 2015. – Vol. 141. – P. 858–900.

22. *Deater-Deckard K.* Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 1998. – Vol. 5. – P. 314–332.

23. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association.* – 5th ed. – Arlington, VA: Author, 2013.

24. *Dudley R., Ingham B., Sowerby K. & Freeston M.* The utility of case formulation in treatment decision making: The effect of experience and expertise // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2015. – Vol. 48. – P. 66–74.

25. *Dudley R., Kuyken W. & Padesky C.A.* Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualization // *Clinical*

Psychology Review. – 2011. – Vol. 31. – P. 213–224.

26. *Dudley R., Park I., James I. & Dodgson G.* Rate of agreement between clinicians on the content of a cognitive formulation of delusional beliefs: The effect of qualifications and experience // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. – 2010. – Vol. 38. – P. 185–200.

27. *Ehrenreich J.T., Fairholme C.P., Buzzella B.A., Ellard K.K. & Barlow D.H.* The role of emotion in psychological therapy // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2007. – Vol. 14. – P. 422–428.

28. *Ehrenreich J.T., Goldstein C.R., Wright L.R. & Barlow D.H.* Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth // *Child and Family Behavior Therapy*. – 2009. – Vol. 31. – P. 20–37.

29. *Ehrenreich-May J. & Bilek E.L.* The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2012. – Vol. 19. – P. 41–55.

30. *Ehrenreich-May J., Rosenfield D., Queen A.H., Kennedy S.M., Remmes C.S. & Barlow D.H.* An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2016. – Vol. 46. – P. 46–55.

31. *Eisenberg N., Cumberland A., Spinrad T.L., Fabes R.A., Shepard S.A., Reiser M., Guthrie I.K.* The relations of regulation

and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior // *Child Development*. – 2001. – Vol. 72. – P. 1112–1134.

32. *Evans G.W. & Kim P.* Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation // *Psychological Science*. – 2007. – Vol. 18. – P. 953–957.

33. Evidence-based practice in psychology / American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice // *American Psychologist*. – 2006. – Vol. 61. – P. 271–285.

34. *Flinn L., Braham L. & das Nair R.* How reliable are case formulations?: A systematic literature review // *British Journal of Clinical Psychology*. – 2015. – Vol. 54. – P. 266–290.

35. *Fowler P.J., Tompsett C.J., Braciszewski J.M., Jacques-Tiura A.J. & Baltes B.B.* Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents // *Development and Psychopathology*. – 2009. – Vol. 21. – P. 227–259.

36. *Frank R.I. & Davidson J.* The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making. – Oakland, CA: New Harbinger, 2014.

37. *Friedberg R.D. & McClure J.M.* Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2015.

38. *Garb H.* Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment. – Washington, DC: American

Psychological Association, 1998.

39. *Garb H.* Clinical judgment and decision making // Annual Review of Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 1. – P. 67–89.

40. *Gardner M. & Steinberg L.* Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study // Developmental Psychology. – 2005. – Vol. 41. – P. 625–635.

41. *Ghaderi A.* Does individualization matter?: A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa // Behaviour Research and Therapy. – 2006. – Vol. 44. – P. 273–288.

42. *Groenier M., Pieters J.M., Witteman C.L.M. & Lehmann S.R.S.* The effect of client case complexity of clinical decision making // European Journal of Psychological Assessment. – 2014. – Vol. 30. – P. 150–158.

43. *Gross J.J. & Thompson R.A.* Emotion regulation: Conceptual foundations // Handbook of emotion regulation / edited by J.J. Gross. – New York: Guilford Press, 2007. – P. 3–24.

44. Handbook of psychotherapy case formulation / edited by T.D. Eells. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2007.

45. *Harvey A.G.* Transdiagnostic mechanisms and treatment for youth with psychiatric disorders: An opportunity to catapult progress? // Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice / edited by J. Ehrenreich-May & B.C. Chu. – New York: Guilford Press, 2013. – P. 15–34.

46. *Haynes S.N., O'Brien W.H. & Kaholokula J.K.* Behavioral assessment and case formulation. – Hoboken, NJ: Wiley, 2011.
47. *Hein T.C. & Monk C.S.* Research Review: Neural response to threat in children, adolescents, and adults after child maltreatment – a quantitative meta-analysis // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2017. – Vol. 58. – P. 222–230.
48. *Hinshaw S.P.* Developmental psychopathology as a scientific discipline: Rationale, principles, and advances // *Child and adolescent psychopathology* / edited by T.P. Beauchaine & S.P. Hinshaw. – 2nd ed. – Hoboken, NJ: Wiley, 2013. – P. 3–27.
49. *Hoeve M., Dubas J.S., Eichelsheim V.I., Van Der Laan P.H., Smeenk W. & Gerris J.R.* The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2009. – Vol. 37. – P. 749–775.
50. *Hunsley J.* Translating evidence-based assessment principles and components into clinical practice settings // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2015. – Vol. 22. – P. 101–109.
51. *Hunsley J. & Elliott K.P.* Implementing an evidence-based approach to cognitive-behavioral assessment // *Assessment in cognitive therapy* / edited by G.P. Brown & D.A. Clark. – New York: Guilford Press, 2015. – P. 121–145.
52. *Hunsley J. & Mash E.J.* Evidence-based assessment // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 3. – P. 29–51.

53. *Hunsley J. & Mash E.J.* Role of assessment in evidence-based practice // Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders / edited by M.M. Antony & D.H. Barlow. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2010. – P. 3–22.

54. *Hunsley J. & Mash E.J.* Criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessments that work // A guide to assessments that work / edited by J. Hunsley & E.J. Mash. – 2nd ed. – New York: Oxford University Press, 2018. – P. 3–16.

55. *Hurl K., Wightman J., Haynes S.N. & Virues-Ortega J.* Does a pre-interventions functional assessment increase intervention effectiveness?: A meta-analysis of within-subjects interrupted time-series studies // Clinical Psychology Review. – 2016. – Vol. 47. – P. 71–84.

56. *Ingoldsby E.* Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs // Journal of Child and Family Studies. – 2010. – Vol. 19. – P. 629–645.

57. *Insel T.R., Cuthbert B.N., Garvey M.A., Heinssen R.K., Pine D.S., Quinn K.J., Wang P.S.* Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders // American Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 167. – P. 748–751.

58. *Jaffee S.R. & Kohn Maikovich-Fong A.* Child maltreatment and risk for psychopathology // Child and adolescent psychopathology / edited by T.P. Beauchaine

& S.P. Hinshaw. – 2nd ed. – Hoboken, NJ: Wiley, 2013. – P. 171–196.

59. *Jensen-Doss A.* Practical, evidence-based decision making: Introduction to the special series // Cognitive and Behavioral Practice. – 2015. – Vol. 22. – P. 1–4.

60. *Kazdin A.E.* Understanding how and why psychotherapy leads to change // Psychotherapy Research. – 2009. – Vol. 19. – P. 418–428.

61. *Kendall P.C. & Hedtke K.A.* Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual. – 3rd ed. – Ardmore, PA: Workbook, 2006a.

62. *Kendall P.C. & Hedtke K.A.* The Coping Cat workbook. – 2nd ed. – Ardmore, PA: Workbook, 2006b.

63. *Kendjelic E.M. & Eells T.D.* Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 2007. – Vol. 44. – P. 66–77.

64. *Kochanska G.* Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience // Child Development. – 1993. – Vol. 64. – P. 325–347.

65. *Kovacs M., Sherrill J., George C.J., Pollock M., Tumuluru R.V. & Ho V.* Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2006. – Vol. 45. – P. 892–903.

66. *Kuyken W.* Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? // Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases / edited by N. Tarrier. – Hove, UK: Taylor & Francis, 2006. – P. 12–35.

67. *Kuyken W., Fothergill C.D., Musa M. & Chadwick P.* The reliability and quality of cognitive case formulation // Behaviour Research and Therapy. – 2005. – Vol. 43. – P. 1187–1201.

68. *Leventhal T. & Brooks-Gunn J.* The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes // Psychological Bulletin. – 2000. – Vol. 126. – P. 309–337.

69. *Marchette L.K., Thomassin K., Hersh J., MacPherson H.A., Santucci L. & Weisz J.R.* Community mental health settings as a context for evidence-based practice // The oxford handbook of clinical child and adolescent psychology / edited by T.H. Ollendick, S.W. White & B.A. White. – New York, NY: Oxford University Press, 2019. – P. 623–639.

70. *Mash E.J. & Hunsley J.* Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2005. – Vol. 34. – P. 362–379.

71. *Masten A.S.* Ordinary magic: Resilience processes in development // American Psychologist. – 2001. – Vol. 56. – P. 227–238.

72. *McCabe K.M., Yeh M., Garland A.F., Lau A.S. & Chavez G.* The GANA program: A tailoring approach to adapting parent

child interaction therapy for Mexican Americans // Education and Treatment of Children. – 2005. – Vol. 28. – P. 111–129.

73. *McGloin J.M. & Widom C.S.* Resilience among abused and neglected children grown up // Development and Psychopathology. – 2001. – Vol. 13. – P. 1021–1038.

74. *McLaughlin K.A., Rith-Najarian L., Dirks M.A. & Sheridan M.A.* Low vagal tone magnifies the association between psychosocial stress exposure and internalizing psychopathology in adolescents // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2015. – Vol. 44. – P. 314–328.

75. *McLeod B.D., Jensen-Doss A. & Ollendick T.H.* Case conceptualization, treatment planning, and outcome monitoring // Diagnostic and behavioral assessment in children and adolescents: A clinical guide / edited by B.D. McLeod, A. Jensen-Doss & T.H. Ollendick. – New York: Guilford Press, 2013. – P. 77–102.

76. *McLeod B.D., Wood J.J. & Weisz J.R.* Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis // Clinical Psychology Review. – 2007. – Vol. 27. – P. 155–172.

77. *Miller L.M., Southam-Gerow M.A. & Allin R.B.* Who stays in treatment?: Child and family predictors of youth client retention in a public mental health agency // Child Youth Care Forum. – 2008. – Vol. 37. – P. 153–170.

78. *Mumma G.H. & Smith J.L.* Cognitive-behavioral-interpersonal scenarios: Interformulator reliability and

convergent validity // Journal of Psycho-pathology and Behavioral Assessment. – 2001. – Vol. 23. – P. 203–221.

79. *Nakamoto J. & Schwartz D.* Is peer victimization associated with academic achievement?: A meta-analytic review // Social Development. – 2010. – Vol. 19. – P. 221–242.

80. *Nakamura B.J., Pestle S.L. & Chorpita B.F.* Differential sequencing of cognitive-behavioral techniques for reducing child and adolescent anxiety // Journal of Cognitive Psychotherapy. – 2009. – Vol. 23. – P. 114–135.

81. *Ng M.Y. & Weisz J.R.* Building a science of personalized intervention for youth mental health // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2016. – Vol. 57. – P. 216–236.

82. *Nolen-Hoeksema S. & Watkins E.R.* A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories // Perspectives on Psychological Science. – 2011. – Vol. 6. – P. 589–609.

83. *Norcross J.C. & Wampold B.E.* What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person // Journal of Clinical Psychology. – 2011. – Vol. 67. – P. 127–132.

84. *Patterson G.R.* The early development of coercive family process // Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention / edited by J.B. Reid, G.R. Patterson & J. Snyder. – Washington, DC: American Psychological Association, 2002. – P. 25–44.

85. *Peris T.S., Compton S.N., Kendall P.C., Birmaher B., Sherrill J., March J., Keeton C.P.* Trajectories of change in

youth anxiety during cognitive-behavior therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2015. – Vol. 83. – P. 239–252.

86. *Persons J.B.* Cognitive therapy in practice: A case formulation approach. – New York: Norton, 1989.

87. *Persons J.B., Koerner K., Eidelman P., Thomas C. & Liu H.* Increasing psychotherapists' adoption and implementation of the evidence-based practice of progress monitoring // Behaviour Research and Therapy. – 2016. – Vol. 76. – P. 24–31.

88. *Pinquart M. & Shen Y.* Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis // Journal of Pediatric Psychology. – 2011. – Vol. 36. – P. 375–384.

89. *Pronin E., Lin D.Y. & Ross L.* The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2002. – Vol. 28. – P. 369–381.

90. *Rege M., Telle K. & Votruba M.* Parental job loss and children's school performance // Review of Economic Studies. – 2011. – Vol. 78. – P. 1462–1489.

91. *Reijntjes A., Kamphuis J.H., Prinzie P. & Telch M.J.* Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies // Child Abuse and Neglect. – 2010. – Vol. 34. – P. 244–252.

92. *Ridley C.R., Jeffrey C.E. & Roberson R.B.* Case misconceptualization in psychological treatment: An enduring clinical problem // Journal of Clinical Psychology. – 2017. –

Vol. 73. – P. 359–375.

93. *Santiago C.D., Kaltman S. & Miranda J.* Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? // *Journal of Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 69. —P. 115–126.

94. *Santucci L., Thomassin K., Petrovic L. & Weisz J.R.* Building evidence-based interventions for the youths, providers, and contexts of real-world care // *Child Development Perspectives*. – 2015. – Vol. 9. – P. 67–73.

95. *Schmidt S.J. & Schimmelmann B.G.* Mechanisms of change in psychotherapy for children and adolescents: Current state, clinical implications, and methodological and conceptual recommendations for mediation analysis // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 24. – P. 249–253.

96. *Schwartz C.E., Snidman N. & Kagan J.* Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1999. – Vol. 38. – P. 1008–1015.

97. *Segerstrom S.C. & Miller G.E.* Psychological stress and the human immune system: A metaanalytic study of 30 years of inquiry // *Psychological Bulletin*. – 2004. – Vol. 130. – P. 601–630.

98. *Silk J.S., Sessa F.M., Sheffield Morris A., Steinberg L. & Avenevoli S.* Neighborhood cohesion as a buffer against hostile maternal parenting // *Journal of Family Psychology*. – 2004. – Vol. 18. – P. 135–146.

99. *Southam-Gerow M.A. & Kendall P.C.* Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy // *Clinical Psychology Review*. – 2002. – Vol. 22. – P. 189–222.

100. *Spitzer R.L., Endicott J. & Robins E.* Research diagnostic criteria: Rationale and reliability // *Archives of General Psychiatry*. – 1978. – Vol. 35. – P. 773–782.

101. *Sroufe L.A. & Rutter M.* The domain of developmental psychopathology // *Child Development*. – 1984. – Vol. 55. – P. 17–29.

102. *Steinberg L., Fletcher A. & Darling N.* Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use // *Pediatrics*. – 1994. – Vol. 93. – P. 1060–1064.

103. *Steinberg L., Lamborn S.D., Darling N., Mounts N.S. & Dornbusch S.M.* Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families // *Child Development*. – 1994. – Vol. 65. – P. 754–770.

104. *Strauss M.E. & Smith G.T.* Construct validity: Advances in theory and methodology // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 5. – P. 1–25.

105. *Suldo S.M., Gormley M.J., DuPaul G.J. & Anderson-Butcher D.* The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions // *School Mental Health*. – 2014. – Vol. 6. – P. 84–98.

106. *Suveg C., Jones A., Davis M., Jacob M., Morelen D., Thomassin K. & Whitehead M.* Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized controlled trial // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2018. – Vol. 46. – P. 569–580.

107. *Suveg C., Shaffer A., Morelen D. & Thomassin K.* Links between maternal and child psychopathology symptoms: Mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2011. – Vol. 42. – P. 507–520.

108. *Telzer E.H., Fuligni A.J., Lieberman M.D., Miernicki M.E. & Galván A.* The quality of adolescents' peer relationships modulates neural sensitivity to risk taking // *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. – 2015. – Vol. 10. – P. 389–398.

109. *Thomassin K. & Suveg C.* Parental autonomy support moderates the link between ADHD symptomatology and task perseverance // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2012. – Vol. 43. – P. 958–967.

110. *Weiss J.A.* Transdiagnostic case conceptualization of emotional problems in youth with ASD: An emotion regulation approach // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2014. – Vol. 21. – P. 331–350.

111. *Weisz J.R., Chorpita B.F., Frye A., Ng M.Y., Lau N., Bearman S.K.* Youth top problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy / *Research Network on*

Youth Mental Health // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2011. – Vol. 79. – P. 369–380.

112. *Weisz J.R., Chorpita B.F., Palinkas L.A., Schoenwald S.K., Miranda J., Bearman S.K.* Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial / Research Network on Youth Mental Health // Archives of General Psychiatry. – 2012. – Vol. 69. – P. 274–282.

113. *Weisz J.R., Krumholz L.S., Santucci L., Thomassin K. & Ng M.* Shrinking the gap between research and practice: Tailoring and testing youth psychotherapies in clinical care contexts // Annual Review of Clinical Psychology. – 2015. – Vol. 11. – P. 139–163.

114. *White J.L., Moffitt T.E. & Silva P.A.* A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – Vol. 57. – P. 719–724.

115. *Youngstrom E.A., Choukas-Bradley S., Calhoun C.D. & Jensen-Doss A.* Clinical guide to the evidence-based assessment approach to diagnosis and treatment // Cognitive and Behavioral Practice. – 2015. – Vol. 22. – P. 20–35.

116. *Youngstrom E.A. & Van Meter A.* Empirically supported assessment of children and adolescents // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2016. – Vol. 23. – P. 327–347.

117. *Youngstrom E.A., Van Meter A., Frazier T.W., Hunsley J., Prinstein M.J., Ong M.-L. & Youngstrom J.K.* Evidence-based

assessment as an integrative model for applying psychological science to guide the voyage of treatment // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2017. – Vol. 24. – P. 331–363.

118. *Zeman J., Cassano M., Perry-Parrish C. & Stegall S.* Emotion regulation in children and adolescents // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 2006. – Vol. 27. – P. 155–168.

119. *Zivor M., Salkovskis P.M. & Oldfield V.B.* If formulation is the heart of cognitive behavioural therapy, does this heart rule the head of CBT therapists? // *The Cognitive Behaviour Therapist*. – 2013. – Vol. 6. – P. e6.

120. *Zivor M., Salkovskis P.M., Oldfield V.B. & Kushnir J.* Formulation in cognitive behavior therapy for obsessive – compulsive disorder: Aligning therapists, perceptions and practice // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2013. – Vol. 20. – P. 143–151.

Глава 3

Гибкость доказательного психотерапевта: как обеспечить эффективность лечения для пациента

Брайан С. Чу

14-летний подросток с генерализованным тревожным расстройством и депрессивными эпизодами в анамнезе приходит к вам на амбулаторный прием после того, как его родители обнаруживают, что он взял из аптечки викодин¹ своего отца. Он несколько раз принимал препарат и иногда делится ими с друзьями. У подростка мало мотивации разговаривать с терапевтом, потому что в последний раз, когда он обращался к помощи психотерапевта, он чувствовал, что «все, что они делали, это только разговаривали». Стараясь сориентироваться, вы ищите ресурсы. Поиск в Google Scholar выявил ровно ноль рандомизированных клинических испытаний, оценивающих лечение первичной тревожности при вторичном злоупотреблении опиоидами у подростков. Поиск последних научно обоснованных обновлений для лечения тревоги у молодых пациентов, спонси-

¹ Сильнодействующее обезболивающее. — *Примеч. ред.*

руемый Обществом клинической детской и подростковой психологии SCCAP [Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian & Chorpita, 2016], не дает никаких комментариев по поводу коморбидности злоупотребления психоактивными веществами. Последние (но устаревшие) практические рекомендации по тревожности Американской академии детских и подростковых психиатров (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP) [Connolly & Bernstein, 2007] предполагают, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) может быть эффективной для снижения тревожности у подростков, при условии лечения сопутствующего злоупотребления алкоголем, но не дают дальнейших указаний (бензодиазепины также противопоказаны). В протоколах лечения подросткового злоупотребления психоактивными веществами [Bukstein, 2005] отмечается высокий уровень коморбидности с тревогой, но не предлагается рекомендаций по адаптации подходов к лечению. В 105-страничном Кокрановском отчете о КПТ при тревожности у детей и подростков [James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2015] употребление/злоупотребление психоактивными веществами упоминается ровно четыре раза, три из которых определяют критерии исключения из исследований. Что делать практикующему врачу, если он или она хочет придерживаться модели практики, основанной на фактических данных, но при этом реагировать на непредсказуемые проблемы и потребности клиентов? Следует ли врачу отдать приоритет тревоге под-

ростка? Его использованию викадина? Что он или она думает о распространении подростком рецептурных лекарств? Как врач реагирует на то, что подросток не вовлечен в процесс лечения эмоционально? Более того, после того как вы решили сосредоточиться на тревоге в течение шести сеансов КПТ, никаких эффектов не обнаружено. Должен ли врач остановиться и начать новое лечение или продолжить весь 16-недельный протокол?

Если вы надеетесь получить однозначный ответ на эти вопросы к концу этой главы, вы будете разочарованы. Доказательная база в большинстве случаев недостаточно развита, чтобы дать пошаговую инструкцию, в которой излагаются конкретные стратегии (включая порядок и дозировку компонентов или желательность сопутствующих процедур или вспомогательных средств и т. д.), которые необходимы или достаточны для подобных сценариев. В то же время в этой области имеется значительный объем поддержки для конкретных вмешательств, которые могут дать врачу лучший шанс оказать эффективную помощь в таких ситуациях. И там, где есть доказательства, вы можете получить доступ к ним и использовать их. В то же время вариативность в представлении проблем является неотъемлемой частью эмоционального здоровья; коморбидность – это норма, а не исключение; а семейные, общественные и жизненные события оказывают влияние на приверженность лечению. В обязанности доказательной практики клинициста входит адаптация из-

вестных вмешательств к потребностям, способностям и интересам людей в конкретных условиях, в которых проводится лечение. В этом качестве от терапевта всегда требуется гибкость и адаптация. Эта глава призвана предоставить основанные на фактах принципы, с помощью которых как новички, так и опытные врачи могут уравновесить верность эмпирическим исследованиям, одновременно устанавливая связь с теми, кому они должны помочь. Звучит актуально? Читайте дальше.

ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА И РУКОВОДСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ: КРАТКАЯ ИСТОРИЯ

Значительный прогресс был достигнут в установлении доказательной поддержки положительного воздействия психотерапевтических вмешательств на наиболее распространенные проблемы психического здоровья детей и подростков [Silverman & Hinshaw, 2008]. Десятилетия клинической науки создали полные библиотеки вмешательств, ориентированных на детей, родителей и системы, которые решают многие из основных проблем, которые приводят детей и подростков в кабинет психотерапевта. Недавние подсчеты выявили более 600 конкретных вмешательств, кото-

рые были оценены и доступны для использования [Chorpita & Daleiden, 2009]. Такая продуктивность не только свидетельствует о прогрессе, достигнутом в предоставлении доказательной медицинской помощи детям и подросткам, но и создает проблемы для практикующего врача.

Частично катализатором этого взрыва в клинической науке стал результат стандартизации методов оценки и популяризации руководства по лечению. Как указано в оригинальной целевой группе Американской психологической ассоциации (1995), исследователи могли продемонстрировать эффективность нового лечения, изучив критические исходы в рамках строго контролируемых исследований (например, рандомизированных контролируемых испытаний) и определив компоненты вмешательства в форме лечебного руководства (среди прочих требований). Впервые разработчики метода лечения приложили значительные усилия для детализации формата, последовательности и содержания всех компонентов лечения. Это позволило исследователям четко указать, какие «ингредиенты» лечения исследуются, дало возможность другим интерпретировать результаты исследования и способствовало воспроизведению результатов посредством независимого исследования. Подробное описание стратегий лечения и формулировка протоколов в легко читаемых руководствах для психотерапевтов и пособиях для пациентов дает дополнительное преимущество в облегчении обучения начинающих врачей. Впоследствии психологиче-

ские методы лечения можно было бы распространять в виде последовательных, унифицированных пакетов, которые можно было бы единообразно использовать в новых когортах обучения.

Вмешательства, которые отвечали достаточным критериям, изначально были обозначены как «эмпирически проверенные методы лечения» (empirically validated treatments), а затем классификация была переименована в «эмпирически подтвержденные методы лечения» – EST (empirically supported treatments), чтобы отразить текущий процесс оценки. К сожалению, несмотря на впечатляющие достижения Рабочей группы Американской психологической ассоциации, EST внедрялись в государственном здравоохранении реже и медленнее, чем предполагалось изначально [Aarons, Wells, Zagursky, Fettes & Palinkas, 2009; Garland, Hurlburt & Hawley, 2006]. Существует ряд причин слабого «проникновения на рынок» EST [Mitchell, 2011], включая плохое соответствие между контекстами, в которых обычно разрабатывались психологические методы лечения (исследовательская лаборатория), и контекстами/условиями, в которых они были предназначены для реализации [Hawley & Weisz, 2002; Weisz, Southam-Gerow, Gordis & Connor-Smith, 2003]. Практикующие врачи государственного здравоохранения часто работают с большим количеством случаев с широким и разноплановым диапазоном проблем, в то время как психотерапевты группы клинических испытаний обычно имеют

небольшую специализированную нагрузку и проходят интенсивное специализированное обучение и постоянное наблюдение [Lyon, Lau, McCauley, Vander-Stoep & Chorpita, 2014; Southam-Gerow, Weisz & Kendall, 2003]. Большинство EST были разработаны в университетских или академических медицинских центрах, тогда как чаще всего психотерапевтическая помощь детей и подростков предоставляется в неакадемических условиях (например, в государственных больницах, психиатрических клиниках) и в условиях, в которых психическое здоровье не является основной задачей (например, школы).

Большинство EST были разработаны с использованием традиционной индивидуальной терапевтической структуры и требуют оказания помощи специалистами по психическому здоровью [Kazdin & Blase, 2011], тогда как в большинстве случаев психотерапевтическая помощь детям и подросткам осуществляется в рамках многосекторальной системы помощи [Adams, Matto & LeCroy, 2009; Garland, Hough, Landsverk & Brown, 2001]. Семьи, как правило, получают одновременную помощь от слабо связанных и непредсказуемо скоординированных поставщиков, представляющих психиатрические, социальные, образовательные, медицинские, наркологические, профессиональные, рекреационные и оперативные службы. Даже в секторе психического здоровья несколько служб (например, психология, психиатрия, школьный психолог-консультант, куратор) могут работать,

преследуя разные цели. Наконец, разработка лечения обычно происходит в контексте грантового финансирования, свободного от ограничений/требований, которые предъявляются к структурам возмещения расходов третьими сторонами (страховые советы, государственные контракты). Таким образом, вмешательства, разработанные и испытанные в исследовательских контекстах, часто имеют ограниченную практическую ценность для клиницистов, сталкивающихся с лечением сложных случаев в многогранных системах помощи, где они имеют ограниченный контроль. Соответствие между лечением и «экосистемой психического здоровья» сильно влияет на то, будут ли предложенные практики применяться или поддерживаться [Weisz, Ugueto, Cheron & Herren, 2013].

Более того, клиницисты не дали единогласной положительной реакции на значимую роль руководств к терапии в большинстве EST. Национальные опросы врачей документально подтвердили, что некоторые врачи рассматривают лечебные руководства как поваренные книги, которые препятствуют творчеству психотерапевтов, и такое отношение часто мешает им применять эти протоколы или проводить обучение по ним [Addis & Krasnow, 2000]. Другие считают, что руководства ограничивают диапазон терапевтических возможностей, доступных пациенту, ограничивают применение психотерапевтом накопленных с годами опыта знаний и не учитывают индивидуальные потребности [Duncan, Nicol & Ager, 2004]. Это очень важные соображения, учитывая

значимую роль, которую отношение клиницистов играет в прогнозировании успеха внедрения новых технологий.

В ответ на очевидное несоответствие между растущей доказательной базой и клинической практикой в государственном секторе, в 2005 г. Американская психологическая ассоциация спонсировала Президентскую целевую группу Американской психологической ассоциации по научно обоснованной практике с целью пересмотра критериев, используемых для эмпирического подтверждения терапевтических методов. Целевая группа пересмотрела более широкую концепцию «доказательной практики» (ЕВР), которая призывает врачей учитывать контекст, культурные особенности и предпочтения пациентов при выборе метода лечения.

Это расширило критерии приемлемых методов вмешательства, поставив клинические знания и суждения в один ряд с методами лечения, официально оцениваемыми с помощью рандомизированных контролируемых исследований (теперь они переименованы в доказательные методы лечения [ЕВТ]). Таким образом, доказательная практика ЕВР отражает всеобъемлющий комплексный подход к принятию клинических решений, который начинается с пациента, и в котором методы лечения, основанные на научных доказательствах – ЕВТ, являются лишь одним вариантом, который следует учитывать при выборе лечения. Таким образом, принципы доказательной практики ЕВР могут быть полезны для выделения переменных пациента и контекста, кото-

рыми ранее пренебрегали. В то же время это может усилить заблуждения и предположения о природе лечебных руководств и ЕВТ как узконаправленных и неприспособленных для того, чтобы справляться с суровыми задачами практикующего врача.

ГИБКОСТЬ В РАМКАХ ЛОЯЛЬНОСТИ:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТЗЫВЧИВОСТИ ТЕРАПЕВТА

Чтобы справиться с представлением о том, что руководства по лечению не отвечает суровым требованиям клинической практики, исследователи постарались подчеркнуть присущую каждому руководству гибкость. Даже если это не заявлено напрямую, большинство руководств по лечению были разработаны для использования в качестве некоего «путеводителя» основных навыков и концепций, которые необходимо охватить, но не предназначены для того, чтобы следовать им досконально [Connor-Smith & Weisz, 2003]. Клиницистам рекомендуется использовать компоненты терапии, прописанные в ЕВТ, которые были тщательно оценены, но при этом применять эти элементы с гибкостью и в соответствии с конкретной проблемой [Nock, Goldman, Wang,

Albano & Jellinek, 2004; Perepletchikova & Kazdin, 2005]. С тех пор эксперты придумали фразу «гибкость в рамках точности» для обозначения этого баланса между целостностью обоснованного лечения и клиническим реагированием на контекст [Hamilton, Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008, Kendall & Beidas, 2007].

Исследователи попытались определить гибкость и понять ее влияние на процесс лечения, чтобы предоставить врачам конкретные рекомендации. Если возможно определить креативность и реагирование психотерапевта, можно провести четкое обучение, чтобы проинструктировать психотерапевтов о том, к каким конкретным адаптациям следует прибегать в каких ситуациях. Гибкость психотерапевта изначально определялась как адаптация унифицированных техник или стратегий, направленная на удовлетворение потребностей, интересов или способностей пациента [Kendall & Chu, 2000]. При первоначальном изучении самоотчетов психотерапевтов о гибкости при использовании протокола КПТ для лечения тревожности, было выявлено, что терапевты использовали полный спектр адаптаций в ходе применения руководства. Однако создается впечатление, что психотерапевты не использовали гибкость систематически в ответ на демографические данные детей и подростков или диагностический профиль. Большая гибкость также не была связана с результатами лечения, измеряемыми симптоматическим или диагностическим улучшением. Позже были выявлены различ-

ные формы гибкости, отражающие содержание (психотерапевт пытается сделать содержание сеанса релевантным для ребенка) и структурные (модификации лечебной деятельности) формы гибкости [Chu & Kendall, 2009], в которых структурная гибкость считалась более совершенной формой адаптации. Исследователи также начали понимать, что гибкость психотерапевта не обязательно должна автоматически предсказывать лучшие результаты. Сделан еще один шаг в кодировании, чтобы определить, компетентно ли психотерапевты использовали гибкость, и даже в этих случаях адаптация метода лечения сама по себе может не соответствовать тому, что показано. Скорее, считалось, что гибкость компетентного психотерапевта зависит от врача, применяющего терапевтические адаптации для правильного пациента или контекстных обстоятельств.

Чтобы оценить один из примеров этой модели, Чу и Кендалл (2009) провели наблюдационное исследование, чтобы определить, позволяет ли гибкость психотерапевта прогнозировать результаты лечения в ситуациях, в которых первоначальное взаимодействие с клиентом было осложнено каким-либо фактором. Было высказано предположение, что гибкость психотерапевта будет наиболее важной, когда молодые пациенты демонстрируют минимальную вовлеченность. При встрече с креативным и гибким психотерапевтом считалось, что менее заинтересованные пациенты увеличат вовлеченность в продолжение лечения и в дальней-

шем достигнут улучшенных результатов. Частично подтверждая эту модель, большая гибкость психотерапевта была положительно связана с вовлечением ребенка в терапию на более позднем этапе, что предполагает потенциальную косвенную роль гибкости в исходе. Однако отсутствие участия и интереса ребенка в начале терапии не предсказывало гибкости психотерапевта, что позволяет предположить, что врачи не использовали гибкость в ответ на ограниченную вовлеченность молодого пациента. Это открытие намекает на упущенные возможности, в которых психотерапевты могут работать над улучшением процессов взаимоотношения с пациентами, и которые имеют значимые взаимосвязи с конечными результатами лечения [Chu & Kendall, 2004]. Последующие исследования подтвердили эти выводы и обнаружили прямую связь между гибкостью и результатами лечения (отраженными в концепции стиля «совместного усилия» [Podell et al., 2013]). В целом существуют доказательства того, что планируемая гибкость психотерапевта может быть полезной при некоторых обстоятельствах. Поступая таким образом, психотерапевты могут «вдохнуть жизнь в руководства», персонализируя стандартизированные протоколы для отдельных детей и подростков [Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta, 1998]. Тем не менее необходимы исследования для определения пациент-ориентированного (демографические, клинические профили), контекстуального (семейные переменные, особенности условий) и внутрисессионного процессов

(например, вовлечение ребенка, терапевтический альянс), которые больше всего требуют адаптации психотерапевта.

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ

ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ГИБКОСТИ

Наука о выявлении и внедрении наиболее подходящих адаптаций в рамках доказательной психологической помощи продолжается, но не завершена. Необходимы исследования для определения пациент-ориентированного (демографические, клинические профили), контекстуального (семейные переменные, особенности условий) и внутрисессионного процессов (например, вовлечение ребенка, терапевтический альянс), которые больше всего требуют адаптации психотерапевта. При отсутствии четких доказательств клиницистам необходимы общие принципы, которыми они руководствуются в своей работе. Важно помнить, что психологическое лечение – это не завершенные технологии, которые можно реализовать в том же состоянии, в котором они были собраны, как если бы продукт доставлялся с конвейерной ленты [Southam-Gerow, 2004]. Скорее, психологическая терапия – это межличностные усилия, которые требуют непре-

рывной итеративной адаптации как со стороны клинициста, так и со стороны пациента (и любых других вовлеченных лиц или систем).

Здесь и далее предлагаются рекомендации, которые помогут клиницистам придерживаться подхода, основанного на фактах, когда они пытаются использовать гибкое, но добросовестное внедрение ЕВТ.

Начните с доказательной оценки и лечения

Учитывая обширную работу, проделанную клинической наукой для определения эффективных вмешательств, имеет смысл начать с выбора метода ЕВТ (независимо от того, определяется ли он как элементы практики или комбинированные вмешательства), который соответствует существующим проблемам клиента. Этот процесс требует подхода к доказательной оценке, который состоит из диагностической и функциональной оценки для определения основных целей лечения пациента и выявления любых осложняющих факторов. Этот подход согласуется с рекомендациями Американской психологической ассоциации для доказательной психотерапевтической практики, поскольку он начинается с получения полного представления об определенном пациенте, а затем отдает приоритет доступным исследованиям при выборе потенциальных вмешательств.

Существует ряд ресурсов, помогающих определить и выбрать подходящие ЕВА и ЕВТ, включая официальные научные материалы и онлайн-ресурсы.

Официальный научный материал. Традиционным средством передачи основанных на фактических данных обновлений по-прежнему являются научные журналы. Что касается ЕВА, она включает научные обзоры по классам расстройств [Mash & Hunsley, 2005]. Некоторые статьи из научных журналов помогают определить общедоступные инструменты оценки [Beidas et al., 2015], а другие демонстрируют, как врачи могут использовать ЕВА в ежедневной клинической практике [Youngstrom, Choukas-Bradley, Calhoun & Jensen-Doss, 2015].

Что касается ЕВТ, «Журнал клинической психологии детей и подростков» (JCCAP) представляет регулярные «научно обоснованные обновления» с обзором последних данных клинических исследований [Silverman & Hinshaw, 2008]. Среди публикаций этого журнала следует отметить статьи, посвященные тревоге [Higa-McMillan et al., 2016], синдрому дефицита внимания и гиперактивности [Evans, Owens & Bunford, 2014], расстройствам пищевого поведения [Lock, 2015], деструктивному поведению [Kaminski & Claussen, 2017], самоповреждающему поведению [Glenn et al., 2015], травме [Dorsey et al., 2017], аутизму [Smith & Iadarola, 2015] и эффективности лечения в различных условиях [Chorpita et al., 2011]. В каждом из этих обновлений подчеркивается,

что известно (и что неизвестно) о терапевтических эффектах при наличии часто встречающихся сопутствующих заболеваний и других клинических сложностей. По возможности даются рекомендации относительно полезных методов вмешательств, которые могут дополнять научно подтвержденные доказательные методы лечения (ЕВТ).

Популярные серии книг, такие как «Лечение, которое работает» (Oxford University Press «Treatments that Work») и серия клинической практики Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП), содержат легкодоступные клинические справочники, пошаговые пособия для психотерапевтов и таблицы для печати.

Интернет-ресурсы. Некоторые профессиональные организации курируют свободно доступные инструменты оценки, которые публикуются в открытом доступе, например Общество клинической психологии Американской психологической ассоциации (www.div12.org/assessment-repository). Практикующий врач может найти здесь широкий спектр доступных для загрузки инструментов ЕВА, которые позволяют классифицировать различные проблемы в разных возрастных группах. Общество клинической детской и подростковой психологии (SCCAP is Division 53 of the American Psychological Association) разработало веб-сайт (www.effectivechildtherapy.com), на котором есть свободно доступные ресурсы, включая информационные бюллетени, краткие информационные видео для семей, дидактические

семинары для профессионалов и полные видео обучающих мастер-классов для практикующих врачей. На веб-сайте АКПП также есть специальная страница, посвященная ресурсам самопомощи, получившим одобрение профессионалов (www.Abct.org/shbooks).

Проекты коллективного обучения, такие как Викиверситет (Wikiversity), также являются общедоступным ресурсом, где психотерапевты могут получать и делиться знаниями. Например, Общество клинической детской и подростковой психологии SCCAP разработало учебные пособия, которые помогут психотерапевту при осуществлении ЕВА (например, планирование, выбор мер, интерпретация данных и упор на поэтапную оценку). Например, достойны внимания такие ресурсы, как: https://en.wikiversity.org/wiki/evidence_based_assessment и <https://en.wikiversity.org/wiki/category:vignettes>. Совместная работа в сети позволяет постоянно обновлять контент, чтобы отражать растущие знания, что является обычным препятствием при распространении информации более традиционными способами.

Не забывайте о личности: интеграция формулировки клинического случая на протяжении всего лечения

После того как врач выбрал набор методов ЕВА и соответствующее ЕВТ, самая тяжелая работа сделана, верно? «Мой

клиент страдает от тревоги, я беру Coping Cat, открываю книгу и вперед!» Не совсем. В большинстве руководств не подчеркивается важная роль постоянной динамической концептуализации клинического случая, но разработчики лечения полагают, что навыки формулировки концепции клинического случая являются важной компетенцией при использовании методов лечения, основанных на клиническом руководстве [Duncan et al., 2004; Roth & Piling, 2008; Sbulati, Schniering, Lyneham & Rapee, 2011]. Большинство разработчиков предполагают, что психотерапевт имеет базовые знания в области общей теории (например, КПТ) и способен применять эту теорию к отдельно взятым людям на практике. В результате большинство руководств сосредоточено на указании конкретных стратегий для решения конкретных проблем. Однако активный процесс концептуализации может помочь клиницистам реагировать на клинические и ситуативные изменения, придерживаясь принципов и структуры ЕВТ.

Концептуализация клинического случая представляет собой рабочее объяснение психотерапевтом факторов, способствующих возникновению проблем у ребенка и поддерживающих их [Christon, McLeod & Jensen-Doss, 2015; Persons, 2006]. Оно основано на всеобъемлющей теории ЕВТ (например, КПТ) и включает в себя знания о триггерах (например, событиях, межличностных взаимодействиях) и последствиях (функциональных результатах) для конкретного мо-

лодого пациента. Врач начинает концептуализировать формулировку клинического случая в момент первой встречи с пациентом, и постоянно пересматривает ее по мере появления новых данных. Например, когнитивно-поведенческая теория приписывает важные поддерживающие роли нереалистичному негативному мышлению, бездействию, поведенческому избеганию, дефициту навыков и физиологической реактивности при патологии у детей и подростков. Подход когнитивно-поведенческой терапии при депрессии (например, курс «Как справиться с депрессией у подростков») может включать в себя ряд стратегий, которые помогают устранить эти поддерживающие факторы. Тем не менее психотерапевт должен адаптировать эти стратегии к индивидуальному молодому пациенту путем: 1) определения уникальных триггеров, предшествующих снижению настроения; 2) оценки того, какие конкретные механизмы (например, мысли, избегание, решение проблем) являются наиболее важными; 3) наблюдение за тем, какие последствия поддерживают дезадаптивное поведение. Основываясь на этой индивидуализированной концептуализации (т. е. функциональной оценке), психотерапевт делает упор на одни стратегии над другими. Если ребенок реагирует на кажущиеся неудачи (например, драку с другом в школе) замкнутостью/изоляцией (т. е. избегающим поведением), психотерапевт может сосредоточиться на поведенческой активации и поведенческих экспериментах, чтобы способствовать решению проблем и на-

чать работу с поведением. Даже когда кризис недели изменчив от сеанса к сеансу, формулировка сосредотачивает внимание психотерапевта на основные механизмы (избегание, нереалистичное мышление). При наличии осложняющих сопутствующих заболеваний (например, употребления наркотиков) психотерапевт может выбрать дополнительные вмешательства / элементы, которые дополняют текущую формулировку, – мотивационное интервью, которое фокусируется на поощрении персонализированного направленного на достижение определенных поведения. Таким образом, психотерапевт может рассматривать повседневные проблемы с единой перспективы, которая сужает количество вариантов дальнейшего развития терапии.

Каждый момент имеет значение: сосредоточьтесь на процессе

Если мы вспомним, что большинство психологических вмешательств отражают межличностный процесс (за исключением некоторых видов онлайн-терапии или методов лечения с использованием современных технологий), то внимание к терапевтическим отношениям и другим внутрисессионными процессам является ключевым при переходе терапии из лаборатории в реальный мир [Chu et al., 2005; Friedberg & Gorman, 2007]. Экспозиционная терапия работает, но, чтобы заставить сопротивляющегося подростка

пойти на вечеринку в первый раз, требуется в равной степени сострадание и умение «продать» свою точку зрения. Подросток может понять логику, стоящую за оспариванием его или ее нереалистичных самокритичных мыслей, но для того, чтобы заставить пациента регулярно применять эту логику на практике до тех пор, пока не будет достигнут эффект, требуется доверие и согласие. Даже основанные на фактических данных подходы самопомощи, по-видимому, дают лучшие результаты, когда они осуществляются с помощью психотерапевта, который поддерживает мотивацию и контроль за прогрессом [Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010].

Исследования показывают, что терапевтические отношения или рабочий альянс можно рассматривать как «VIP» (очень важный процесс [Friedberg & Gorman, 2007]). Альянс продемонстрировал постоянную (хотя и небольшую) связь с результатами терапии психологических проблем у детей и подростков [Karver et al., 2008; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006; McLeod, 2011], при этом альянс может потребовать особого внимания к детям (по сравнению с подростками), для экстернализации проблем (против интернализации) и неоднозначных презентаций расстройства [McLeod, 2011], а также для определенных методов лечения (например, семейная терапия для подростков, употребляющих наркотики [Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero & Liddle, 2006]). Альянс был связан с множеством других вспомога-

тельных процессов, таких как непрерывность лечения, участие родителей, посещаемость сеансов и вовлеченность детей [Hawley & Weisz, 2005; McLeod, Islam, Chiu, Smith, Chu & Wood, 2014]. Вовлеченность детей, в свою очередь, была связана с положительными результатами [Chu & Kendall, 2004].

«Альянс» обычно понимают как эмоциональную связь между пациентом и психотерапевтом, а также как степень их согласия в отношении целей и задач лечения [Chu et al., 2005]. Исследования помогли определить, как психотерапевты могут способствовать установлению хороших рабочих отношений. Крид и Кендалл (2005) обнаружили, что установление стиля сотрудничества имеет решающее значение, особенно на ранних этапах лечения. Слишком раннее «принуждение ребенка к разговору» или чрезмерная формальность могут привести к худшим результатам. Точно так же применение сотруднического тренинга (coach style), в котором психотерапевт активно реагирует на потребности ребенка, было связано с лучшими результатами [Podell et al., 2013]. Таким образом, представляется, что создание работоспособного альянса не требует недирективного или уступчивого подхода, но подразумевает постоянный контроль (check-ins), чтобы убедиться, что психотерапевт и клиент работают с общей целью. Такого рода исследования напоминают нам, что основным инструментом клиницистов в достижении положительных изменений являются они сам. Знания и отрабо-

танные навыки важны, но адекватное применение ЕВТ требует от человека искренней эмпатии, взаимного реагирования, эффективности межличностного общения и мотивационной динамики.

Не бойтесь задавать трудные вопросы: разнообразие имеет значение

Многокультурная компетентность является ключевым приоритетом для доказательной практики (ЕВР), поскольку население становится все более разнообразным, а психологическая практика реализуется в более широком контексте. Индивидуальный подход к культуре и жизненному контексту пациента лежит в основе ЕВР, особенно при работе с детьми и подростками, жизнь каждого из которых обязательно встроена в несколько систем (семья, школы, сообщество), где пересекаются различные культуры. Тем не менее в этой области может возникнуть противоречие между тем, нужно ли разрабатывать специфические методы лечения, основанные на культурных аспектах (например, новые методы лечения, разработанные для и в пределах предполагаемой популяции / контекста), или обучать более общим навыкам, поощряя индивидуализацию установленных методов лечения в соответствии с культурой пациента [Bernal, Jiménez-Chafey & Domenech Rodríguez, 2009; Huey & Polo, 2008]. Конечно, есть место для обоих путей. Терапевтические вмеша-

тельства, основанные на культурных традициях, помогают расширить наши культурные знания по различным вопросам многообразия (например, расового, этнического, языкового, полового, возрастного, обучаемости), и также кажется бесполезным разрабатывать индивидуальные лечебные руководства для каждой потенциальной формы разнообразия, к которой может относиться обратившийся за помощью пациент.

Принятие организационной структуры может помочь клиницисту определить соответствующие культурные ориентиры и расставить приоритеты для решения проблем [Bernal et al., 2009; Chu, 2007]. Для конкретных культурных групп существует несколько полезных структур [Bernal, Bonilla & Bellido, 1995; Huang, 1994; Hwang, Wood, Lin & Cheung, 2006]. Хейс (2001) предлагает более широкую организационную систему, которая помогает врачам понять культурные влияния возраста (age), инвалидности (disability), религии (religion), этнической принадлежности (ethnicity), социально-экономического статуса (socioeconomic status), сексуальной идентичности / ориентации (sexual identity / orientation), коренного наследия (indigenous heritage), национального происхождения (national origin) и пола (gender) – система ADDRESSING. В рамках этой структуры терапевт может включать культурные факторы в избранную модель лечения, рассматривая терапию как постоянный культурный обмен, в котором происхо-

дит взаимное обучение, и могут быть проверены культурные гипотезы [Chu, 2007]. В этом контексте психотерапевт старается найти баланс между культурными традициями и культурными стереотипами. Бернал и его коллеги (1995) изображают это как баланс между культурными ошибками типа II (т. е. неспособностью включить культурную информацию, когда она действительно имеет значение) и культурными ошибками типа I (т. е. допущение, что культурный процесс работает, когда это, на самом деле это не так). Поддержание открытого обмена мнениями и подхода к проверке гипотез [Sue, 1998] позволяет психотерапевту оценить степень, в которой культурные факторы важны для пациента и каким образом на поведение влияют культурные факторы. С большей ясностью психотерапевт может включить мировоззрение клиента и культурный опыт в более широкую концептуализацию лечения.

Проверяйте себя, а не ломайте себя

Как практикующие доказательный подход специалисты, узнают, что они попали в цель? Они следят за собой! Накапливаются данные, позволяющие предположить, что процесс получения и анализа регулярных данных об исходах сам по себе может иметь свойства активного вмешательства [Bickman, 2008; Bickman, Kelley, Breda, de Andrade & Riemer, 2011; Lambert et al., 2001; Lambert, Harmon, Slade,

Whipple & Hawkins, 2005]. В этих исследованиях клиенты клиницистов, которые регулярно получают обратную связь (например, информирование о текущих симптомах), демонстрируют улучшенные результаты [Bickman et al., 2011], меньший процент ухудшения [Lambert et al., 2005] и большую вовлеченность в терапию [Jensen-Doss & Weisz, 2008] по сравнению с клиентами врачей, которые не получают обратной связи. Кроме того, визуальная обратная связь, графически отображающая поведение специалиста по охране психического здоровья или ученика, была связана с многообещающими результатами вмешательства [Hawkins & Heflin, 2011; Nadeem, Cappella, Holland, Coccaro & Crisonino, 2016; Reinke, Lewis-Palmer & Martin, 2007]. Подобные системы были внедрены в школах [Deno et al., 2009], поскольку требования для большей подотчетности требуют активного мониторинга успеваемости. Таким образом, системы мониторинга и обратной связи могут быть полезными и приемлемыми в различных учреждениях помощи детей и подростков.

Системы мониторинга могут включать отслеживание стандартизированных показателей результатов, идиографических поведенческих целей или индивидуальных «основных проблем» [Weisz et al., 2011]. Обратная связь может включать балльные шкалы, графики результатов в зависимости от времени или простые индикаторы того, что лечение не прогрессирует. Например, в серии исследований, изучающих системы мониторинга и обратной связи у взрослых,

психотерапевтам просто нужно было получить цветную точку (например, красная точка = у пациента нет прогресса, как ожидалось; зеленая = пациент делает ожидаемый прогресс) для самокоррекции и достижения лучших результатов [Lambert et al., 2003]. Для этого доступны коммерческие системы (например, www.Practicewise.com), но также могут быть достаточны простые графики в программе Excel. Быстро распространяются приложения для смартфонов, которые помогают отслеживать индивидуальные данные клиентов в рамках лечения (например, <https://psyberguide.org> для руководства по соответствующим приложениям для смартфонов).

Не отклоняйтесь от курса: адаптации с низким и высоким риском

Не все адаптации одинаково полезны и безопасны. Чу и Кендалл (2009) описали разницу между «гибкостью содержания» (например, включение событий из жизни молодого пациента в качестве примеров) и «структурной гибкостью» (например, адаптация рекомендованных занятий к интересам или способностям детей и подростков, которые все еще соответствуют основным задачам сеанса). Исследования показали некоторые способы, которыми гибкость может улучшить результаты лечения (например, за счет увеличения взаимодействия с клиентами [Chu & Kendall, 2009]),

но необходимы дальнейшие исследования. Другие исследования показывают, что сосредоточение внимания на основной цели может быть более успешным, чем отклонение от курса в попытках решить несколько проблем [Craske et al., 2007]. Таким образом, в некоторых обстоятельствах может быть лучше следовать кредо «Больше того же самого» или «меньше, но лучше».

Чтобы сохранить баланс «гибкость в рамках точности» [Kendall & Beidas, 2007], Маццучелли и Сандерс (2010) предлагают полезное различие между адаптациями с низким и высоким риском. Примерами адаптации с низким уровнем риска могут быть решение о проведении большего количества сеансов, когда требуется большая поддержка, увеличение или уменьшение продолжительности сеанса в соответствии со структурой условий (например, амбулаторная клиника или школа), подключение дополнительной поддержки (например, участие родителей или учителей) или перенос сеансов в различные условия, чтобы лучше соответствовать целям лечения (например, экспозиция) или предпочтениям клиентов (например, дома, в школе или в клинике). Примеры адаптаций с высоким риском включают произвольный выбор стратегий, которые следует применять или не использовать, и отказ от структуры или целей сеанса. Подпадает ли конкретная адаптация в категорию высокого или низкого риска, вероятно, зависит от глубины наших знаний о конкретном вмешательстве и группе пациентов. В будущих вер-

сиях руководств по лечению следует рассмотреть возможность детализации отдельного раздела, который будет посвящен описанию желаемого уровня гибкости и где будут приведены примеры адаптации с высоким и низким риском, характерные для этого протокола. А до тех пор клиницисты могут использовать вышеупомянутые принципы для руководства при планировании и проведении лечения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ, ПОМОГАЮЩИЕ ДОСТИЧЬ ГИБКОСТИ: ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НА ОСНОВЕ ОБЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

Несколько параллельных разработок в клинической науке могут помочь клиницистам придерживаться гибкого доказательного подхода. К ним относятся достижения в области трансдиагностических подходов к лечению и протоколов на основе общих элементов. Хотя у каждого из них своя отправная точка, каждый обещает надежные и эффективные методы решения клинически сложных задач психического здоровья ребенка.

Трансдиагностические подходы

Универсального определения трансдиагностических исследований и лечения не существует, но первоначальные соглашения сосредоточены на разработке единого набора вмешательств для решения общих биологических, поведенческих и эмоциональных процессов, лежащих в основе множественных психологических расстройств [Ehrenreich-May & Chu, 2013; Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2009; Taylor & Clark, 2009]. Предполагаемый результат заключался в создании концентрированного протокола, который оптимизирует эффективность за счет нацеливания на центральные механизмы и повышает эффективность лечения за счет приоритезации компонентов лечения, которые непосредственно нацелены на эти механизмы. Например, Фейрберн, Купер и Шафран (2003) предложили модифицировать поведенческую терапию при расстройствах пищевого поведения, сославшись на общие когнитивные процессы (переоценка питания, физической формы и веса), которые поддерживают патологию нервной булимии, анорексии и атипичных расстройств пищевого поведения. Между тем Барлоу, Аллен и Чоат (2004) привели доказательства этиологической и латентной структуры расстройств настроения и тревожных расстройств, чтобы разработать «единый протокол» вмешательств, направленных на решение этих основ-

ных поддерживающих процессов. В этих основополагающих работах упор был сделан на выявление уникальных и объединяющих механизмов, которые могли бы объяснить общие и различные проявления патологии.

Несколько факторов делают трансдиагностические подходы актуальными для решения проблем, связанных с гибкостью ЕВТ у детей и подростков. Для практикующего врача, который сталкивается со сложными клиническими манифестациями, использование единого подхода может помочь упростить процесс концептуализации случая и помочь в выборе из нескольких вариантов лечения. Например, Чу и его коллеги (2016) разработали трансдиагностический подход как в групповом, так и в индивидуальном форматах для устранения тревоги, тоски и гнева, связанных с тревожными и депрессивными расстройствами. Из разнообразного набора доступных стратегий с эмпирической поддержкой в качестве двух наиболее эффективных стратегий лечения были выбраны поведенческая активация (ВА) и экспозиция *in vivo*. Психотерапевт применяет ВА и экспозиционные методы с явным фокусом на выявлении и изменении процессов избегания, которые поддерживают тревогу и депрессию. По сравнению с традиционными подходами, которые могут требовать от клинициста применять одно целевое лечение за другим, трансдиагностический подход помогает решать разнородные проблемы (тревога, депрессия, гнев) с относительно меньшим набором вмешательств.

Акцент на меньшем наборе основных механизмов также помогает упростить процесс концептуализации и позволяет врачу сосредоточиться на одной цели на протяжении всего процесса лечения. Это особенно актуально при работе с детьми и подростками, у которых высокая частота коморбидности (одновременное возникновение двух или более расстройств) являются скорее нормой, чем исключением [Angold, Costello & Erkanli, 1999; Merikangas et al., 2010]. Трансдиагностические подходы также могут быть применимы к проблемам функциональных нарушений, которые обычно приводят детей и подростков и их родителей к лечению и которые нелегко разделить на диагностические категории. Трансдиагностические концептуализации также могут помочь сфокусировать сбор информации от нескольких информантов (например, ребенка, родителей, учителей). Несмотря на то, что информация кажется расходящейся, клиницисту предлагается оценить общие совпадающие симптомы и процессы. Такие усилия согласуются с пересмотром последнего издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5), в которое включены многоаспектные описания для каждого класса расстройств. Точно так же проект Исследовательских критериев доменов (RDoC) Национального института психического здоровья (National Institute for Mental Health, NIMH) поощряет концептуализацию патологии, которая исследует основные процессы (например, биомаркеры,

генетику, физиологию), лежащие в основе множества синдромов психических расстройств.

Как трансдиагностические вмешательства помогают решить клинически сложные задачи и повысить эффективность лечения? В качестве одного из примеров, Чу и коллеги (2009, 2012, 2016) разработали протокол работы как в групповом, так и в индивидуальном формате для устранения тревоги, печали и гнева, связанных с тревожными и депрессивными расстройствами. Из разнообразного набора доступных стратегий с эмпирической поддержкой, ВА и экспозиция *in vivo* были выбраны в качестве двух наиболее эффективных лечебных стратегий. Таким образом, психотерапевт обучен грамотно и интенсивно использовать только два вмешательства: ВА (включая индивидуальную функциональную оценку, мониторинг и планирование активности, а также решение проблем) и экспозиция *in vivo* (испытания в реальной жизни и поведенческие эксперименты, которые побуждают клиентов выдерживать стресс и достигать желаемых целей). Терапевт применяет ВА и воздействие *in vivo* с явным акцентом на выявлении и изменении процессов избегания, которые поддерживают тревогу и депрессию.

В протоколе групповой формы терапии поведенческой активации (GBAT) [Chu, 2013; Chu & Areizaga, 2013] клиницисты оценивают реакцию клиента на активирующий триггер (например, садится, чтобы написать доклад для урока), замечают присутствующие эмоции (например, грустное на-

строение) и определяют избегающую реакцию (например, отвлекает себя, проверяя социальные сети в телефоне). Молодой пациент обучается определять, где избегание мешает выполнению задач или деятельности, ориентированной на достижение целей. Подобным образом избегание можно определить, когда первой реакцией ребенка является тревога или гнев. Например, молодой человек, который реагирует гневом после того, как ему сказали, что он не может пойти на вечеринку, может огрызнуться на своих родителей и выскочить из комнаты. Хотя на первый взгляд эта реакция кажется слишком взрывной, чтобы ее можно было считать избегающей, функциональный результат всплеска пациента состоит в том, что такая реакция позволяет вырваться из невыносимой ситуации. Использование «тайм-аута» в данный момент может быть полезным, но для пациента было бы важно обратиться к родителю, чтобы обсудить разочарование позже. В GBAT психотерапевт помогает увидеть, насколько взрывные вспышки похожи по функциям на полный страха побег, и что активное решение проблем и подходящее поведение могут помочь детям и подростков более успешно достичь своих целей. В целом особый упор на избегание призван помочь упростить процесс концептуализации и сузить выбор вмешательств, используемых врачом. Таким образом, трансдиагностический подход может помочь клиницисту сосредоточиться на одном базовом процессе, который помогает справляться с различными профилями симптомов.

Вмешательства, ориентированные на молодых пациентов, специально разработанные с применением трансдиагностических механизмов, пока еще достаточно новы, но этот список растет и получает эмпирическую поддержку [Chu et al., 2016; Temkin, Yadegar, Laurine & Chu, 2018]. Наиболее разработаны трансдиагностические протоколы, предназначенные для лечения или предотвращения тревожности и депрессии [Chu et al., 2016; Ehrenreich, Goldstein, Wright & Barlow, 2009; Ehrenreich-May et al., 2017; Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016; Queen, Barlow & Ehrenreich-May, 2014; Weersing et al., 2017]. Другие примеры включают вмешательства, направленные на устранение нарушений сна и циркадного ритма [Harvey, 2016], нервной анорексии и нервной булимии у подростков [Loeb, Lock, Le Grange & Greif, 2012] и проблем гнева / нарушений поведения [Lochman, Powell, Boxmeyer, Ford & Minney, 2013]. Все сочетанно применяемые трансдиагностические вмешательства развиваются, чтобы охватить большее разнообразие проблем с более узким набором процедур.

Подходы с использованием общих элементов и модульные системы оказания помощи

Второй подход, который может быть полезен при решении сложных клинических задач, включает в себя вмеша-

тельства с использованием общих элементов и модульные системы оказания помощи. Подходы к лечению с использованием общих элементов основаны на клинических исследованиях, которые выявляют значительное совпадение терапевтических стратегий, входящих в число ЕВТ при психических расстройствах у детей и подростков. Элементы могут относиться к оценке, терапии или организационным/системным компонентам, которые способствуют изменениям, и поэтому их часто называют «элементами практики». Например, системы вознаграждения и управление непредвиденными обстоятельствами (reward systems and contingency management) – это два практических элемента, которые можно найти в протоколах ЕВТ для тревожного расстройства и оппозиционного поведения [Chorpita & Daleiden, 2009; Chorpita, Daleiden & Weisz, 2005a]. Прогрессивная мышечная релаксация – это еще один элемент, который является общим для протоколов лечения тревоги и депрессии [Chorpita et al., 2005a]. Затем вмешательства с использованием общих элементов могли бы объединить эти эмпирически подтвержденные практические элементы в один подход, разработанный для достижения определенной терапевтической цели. Например, модульный подход к лечению детей с тревогой, депрессией, травмой или расстройствами поведения (the Modular Approach to Treatment of Children with Anxiety, Depression, Trauma or Conduct Problems, MATCH-ADTC [Chorpita, Daleiden & Weisz, 2005b; Chorpita & Weisz,

2009]) включает 33 общих практических элемента, предназначенных для решения четырех основных направлений проблемы, сталкиваясь с которыми, семьи прибегают к лечению. Программа КПТ [Dorsey, Berliner, Lyon, Pullmann & Murray, 2016; Dorsey, Briggs & Woods, 2011] – это подход к лечению с применением общих элементов, который имеет более узкую направленность на травмы молодых пациентов, но включает дополнительные элементы практики для решения проблем состояния, которые часто возникают одновременно, включая депрессию, тревогу и проблемы с поведением. Как правило, подходы, основанные на общих элементах, имеют тенденцию отдавать приоритет доказательной базе, которая окружает практический элемент, и эффективности, которая достигается за счет сочетания элементов с эмпирической поддержкой. По сравнению с трансдиагностическими вмешательствами меньше внимания уделяется выявлению или нацеливанию на общий процесс, который объясняет различные патологии.

Подходы на основании общих элементов могут быть представлены в форме стандартизированной последовательности или в модульном формате. Модульные методы лечения не являются синонимами вмешательств с использованием общих элементов, но многие вмешательства с использованием общих элементов используют преимущества модульных форматов, поэтому они часто взаимосвязаны. Модульный подход к лечению лучше всего рассматривать как систему

оказания помощи, при которой предоставляется целый набор практических элементов. Модульные системы формализуют процесс принятия клинических решений, определяя набор правил (матрицу решений), с помощью которых врач оценивает потребности пациента и выбирает соответствующие стратегии [Chorpita et al., 2005b; Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt & Austin, 2004; Chorpita & Weisz, 2009; Rohde, Feeny & Robins, 2005; Sze & Wood, 2007]. Типичные модульные подходы включают набор основных и дополнительных практических модулей, которые должны использоваться в соответствии с алгоритмом принятия решений (например, «деревом принятия решений»). Модули можно комбинировать различными способами, и большинству пациентов не требуется каждый из модулей.

Как модульные системы и подходы на основании общих элементов могут быть полезны в клинической практике? Как и трансдиагностические вмешательства, они направляют принятие решений и упрощают выбор. Например, оригинальное модульное лечение детской тревожности Чорпита и соавторов (2004) включало четыре основных терапевтических модуля (психообразование, иерархия страха, экспозиция, предотвращение рецидивов) и содержало алгоритм принятия решений, который помогал врачу выбирать дополнительные модули (например, когнитивная реструктуризация, обучение социальным навыкам). Психотерапевты были проинструктированы без отклонений проводить четыре ос-

новных модуля лечения, а дополнительные модули использовались только в том случае, если сопутствующая проблема пациента мешала успешному выполнению заданий по экспозиции. Например, если мешает деструктивное поведение ребенка, психотерапевт должен научить родителей процедурам тайм-аута и активному игнорированию. Если деструктивное поведение ребенка незначительно и не влияет на процессы экспозиции, эти модули не будут реализованы. В этом подходе гибкость и сопоставление методов лечения применяются в контексте структурированных руководящих принципов для принятия решений [Chorpita et al., 2005b].

Модульные системы хорошо воспринимаются врачами по сравнению со стандартизованными руководствами, которые следуют установленной последовательности и структуре [Borntrager, Chorpita, Higa-McMillan & Weisz, 2009]. Таким образом, модульные системы могут развеять предвзятые представления о том, что практики, основанные на фактических данных, ригидны или неспособны удовлетворить сложным потребностям клинической работы. Модульные методы лечения могут также повысить масштабируемость доказательных элементов для недостаточно обслуживаемых сообществ, поскольку они позволяют местным сообществам влиять на то, какие элементы практики включены и при каких условиях [Lyon et al., 2014]. Доказательства использования модульных подходов с общими элементами накапливаются. Множественные базовые и некрупные испытания по-

казали многообещающие результаты для разнородных групп с тревожностью [Chorpita et al., 2004] и для тревожных расстройств в популяции с расстройствами аутистического спектра [Sze & Wood, 2008], но они только сейчас проходят тестирование в более крупных рандомизированных исследованиях [Chorpita et al., 2013; Weisz et al., 2012]. Модульный подход КПТ был использован в исследовании «Лечение подростков с депрессией» (Treatment for Adolescents with Depression Study) [March et al., 2004] с неоднозначными результатами. Совсем недавно был задокументирован существенный успех протокола Модульного подхода к терапии для детей и подростков с тревогой, депрессией, травмой или проблемами поведения MATCH-ADTC [Chorpita & Weisz, 2009], в котором участники MATCH улучшали свои показатели значительно быстрее, чем участники, получавшие обычную помощь или ЕВТ для одного расстройства [Weisz et al., 2012]. После лечения участники MATCH соответствовали критериям значительно меньшего количества диагнозов, чем участники, получающие обычную помощь, тогда как пациенты, получавшие ЕВТ от одного расстройства, не имели значительных различий в количестве диагнозов по сравнению с участниками любой из двух других групп. Двухлетнее наблюдение за MATCH продолжало демонстрировать большее улучшение по сравнению с обычным лечением с течением времени, в то время как отдаленные результаты ЕВТ с единственным расстройством существенно не отличались от

обеих групп [Chorpita et al., 2013]. В сочетании с доказательствами того, что организаторы исследований сочли модальное лечение более приемлемым, МАТСН имеет хорошие перспективы масштабируемости в зависимости от контекста и поставщиков.

Важно отметить, что трансдиагностический подход и подход, основанный на общих элементах, обеспечивают руководство по практическим элементам или стратегиям, которые можно использовать в определенных ситуациях. Однако ни один из них не дает явных указаний относительно того, как должны быть представлены отдельные элементы практики. Таким образом, изложенные ранее руководящие принципы гибкости по-прежнему актуальны независимо от того, какой вариант ЕВТ выберет врач для начала лечения.

ОБУЧЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ

ГИБКОСТИ У СОТРУДНИКОВ

При внедрении ЕВТ не следует оставлять бремя принятия индивидуальных решений на плечах одних лишь клиницистов. Разработчики методов лечения, инструкторы, супервизоры и учреждения, предоставляющие лечение (меди-

цинские центры, амбулаторные учреждения, школы), играют важную роль, помогая клиницистам обобщать основанные на фактических данных принципы и стратегии для различных условий и групп населения [Mazzucchelli & Sanders, 2010]. Таким образом, формирование и поддержание доказательной гибкости у персонала требует значительных инвестиций на протяжении всего процесса разработки и внедрения лечения.

Процесс начинается с включения гибкости в процесс разработки лечения. Рекомендуется системно-контекстная перспектива, при которой при разработке и внедрении ЕВТ следует учитывать конкретные переменные психотерапевта, организационную поддержку, качество программы обучения и переменные пациента, присутствующие в предполагаемых условиях [Beidas & Kendall, 2010; Turner & Sanders, 2006]. Предназначена ли программа для использования школьными консультантами в средней школе, требует ли она учета иных структурных или доказательных данных, чем лечение, которое предполагается проводить психиатрическими медсестрами в стационаре. Эксперты предполагают, что методы лечения следует разрабатывать в сотрудничестве с предполагаемыми конечными пользователями и апробировать в предполагаемых условиях [Chorpita, 2002]. Первоначальная разработка, которая происходит ближе к предполагаемым условиям конечного использования, увеличит шансы того, что структура стратегии любого вмешательства будет отоб-

ражать наиболее часто встречающиеся и ожидаемые проблемы.

Эти рекомендации имеют смысл, но можно ожидать, что врачи захотят перенести большинство многообещающих вмешательств в другие условия. И даже при использовании в предполагаемых условиях возможны вариации в проявлении расстройства у пациента. Предвидя это, разработчики лечения должны включить подробное обсуждение возможностей лечения и того, какие виды адаптации подтверждены данными исследования. Какие варианты условий и провайдеров допустимы? Это должно быть подробно указано в документации по лечению. Какие виды клинической коморбидности и степени тяжести могут быть учтены протоколом лечения? Было ли это явным образом протестировано или основано на предшествующих доказательствах, которые приблизительно соответствуют стратегиям лечения и клиническим задачам? Как психотерапевт должен учитывать осложнения жизненных обстоятельств молодого пациента и семейных условий? Если родитель-одиночка, работающий на двух работах, является единственным опекуном, ответственным за лечение ребенка, можно ли приспособиться к его расписанию (например, проводить более длительные, но нечастые занятия; разрешать отмены в последний момент; проводить сеансы по телефону / с помощью видеосвязи; обеспечивать транспорт или уход за ребенком). Относятся ли эти приспособления к модификациям с высоким или низким уровнем риска?

В каждом руководстве должно быть подробно описано, какие адаптации соответствуют низкому или высокому риску, и должны быть представлены обоснование/доказательства.

Когда приходит время обучать начинающих клиницистов, учебная программа должна заботиться о сохранении приверженности протоколу при одновременном повышении гибкости [Duncan et al., 2004; Mazzucchelli & Sanders, 2010; Najavits, 2000]. Элементы учебной программы, которые могут гарантировать приверженность методу, включают высококачественное обучение, библиографию, касающуюся доказательной базы, подробное описание концептуальных идей, которые лежат в основе лечения, и инструкции для психотерапевтов о том, как представлять информацию; подробные процедуры лечения, включая параметры процесса, иллюстративные примеры и описания клинических случаев; описание допустимых приспособлений и рекомендаций по преодолению трудностей; предоставление полных и удобных материалов; и поощрение использования показателей клинических исходов и мультимедийных ресурсов. Шкалы приверженности, которые позволяют психотерапевтам самостоятельно оценивать комплаентность, и самопроверки, оценивающие знания психотерапевта, могут сделать процесс обучения более активным.

Элементы учебной программы, которые могут способствовать гибкости [Mazzucchelli & Sanders, 2010], включают следующее: разделение подхода к лечению на компонен-

ты/модули; обучение практикующих врачей проявлять гибкость (избегать чрезмерно предписывающих и авторитарных подходов); предоставление наглядных примеров и примеров из практики, в которых подробно описаны допустимые изменения и рекомендации по преодолению трудностей; и предоставление примеров положительных и отрицательных случаев (что можно и что нельзя). Также может быть полезно обучить практикующих врачей саморегулированию поведения путем включения активного обучения навыкам (ролевые игры, экспериментальные домашние задания), которые помогают клиницистам «проживать» желаемые стратегии. Также важно, чтобы инструкторы отделяли критические аспекты лечения от некритических и «тренировались свободно» [Mazzucchelli & Sanders, 2010], демонстрируя, какие факторы открыты для творческого подхода клиницистов. Поощрение клиницистов к использованию «подхода ученых» (рассмотрение каждого случая как активного процесса проверки гипотез) может способствовать диалогу между наукой и практикой, который помогает абстрагированию.

После первоначального обучения постоянная поддержка, непрерывное обучение и консультации имеют решающее значение для обеспечения приверженности доказательному методу и гибкости. Методы обучения, основанные исключительно на лечебных руководствах и кратких семинарах, в значительной степени неэффективны [Herschell, Kolko, Baumann & Davis, 2010]. Семинары могут немного улучшить

знания о лечении, но менее эффективны в изменении поведения или навыков врача. Добавление постоянных консультаций к стандартному обучению дает лучшие результаты, такие как повышенная приверженность и компетентность в конкретных протоколах [Beidas, Edmunds, Marcus & Kendall, 2012; Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004], даже в долгосрочных наблюдениях [Chu et al., 2015]. Без постоянной поддержки клиницисты, как правило, выборочно сохраняют только те методы ЕВТ, по которым они прошли обучение [Chu et al., 2015; Jensen-Doss, Hawley, Lopez & Osterberg, 2009].

К сожалению, оптимальные модели консультаций, основанные на супервизии экспертов, являются дорогостоящими, ресурсоемкими и требуют много времени [Comer & Barlow, 2014]. Затраты можно снизить за счет использования новых технологий [Beidas, Koerner, Weingardt & Kendall, 2011]. Например, предоставление распечатываемых рабочих листов через Интернет или предоставление видеодемонстраций, доступных во время практической реализации того или иного подхода, может помочь уменьшить препятствия на пути клинических знаний. Консультации экспертов также можно сделать более рентабельными с помощью технологий. Создание чатов и вики-сайтов, позволяющих экспертам консультироваться с более широкой группой коллег-клиницистов, может поддерживать интерес и доверие психотерапевтов. Новое движение влечет за собой развитие «сообществ

взаимного обучения» (Peer Learning Communities, PLC), которые усиливают интересы и ресурсы местных групп практикующих врачей для облегчения самообучения и совместного консультирования [Darling-Hammond & Richardson, 2009; Tosey, 1999]. Эксперименты с этой моделью в основном проводились в образовательной и корпоративной среде, но сейчас набирают обороты в области психического здоровья [Chu et al., 2017; Miller, Duron, Bosk, Finno-Velasquez & Abner, 2016]. Сообщества PLC могут различаться по структуре (личная, виртуальная), функции (дидактическая, консультативная) и форме связи (синхронная [в реальном времени] или асинхронная [с задержкой во времени]). Консультационные группы естественным образом формируются в общественных местах, где местные группы врачей объединяются для получения поддержки и консультации. Технологии помогли в создании сообществ PLC на расстоянии, где обучение можно разделить с ограниченным участием экспертов (например, онлайн-сообщество практикующих врачей на портале: www.practiceground.org). Недавняя оценка сообществ PLC дает первоначальные доказательства того, что они могут способствовать более широкому использованию новых клинических навыков [Chu et al., 2017], а также улучшить клинический процесс и терапевтическую гибкость [Bennett-Levy, Lee, Travers, Pohlman & Hamernik, 2003] и стимулировать к участию в профессиональном развитии [Miller et al., 2016].

Организации, в которых внедряются ЕВТ, также должны помогать в этом процессе. Обеспечение доступа к постоянному обучению, социальной поддержке и материальным ресурсам, которые помогают внедрять ЕВТ, имеет решающее значение. Верность научно обоснованным моделям и методам лечения может стать частью корпоративной культуры путем проведения регулярных дополнительных услуг (например, тематических конференций), в которых особое внимание уделяется использованию методов ЕВТ и обсуждению адаптаций с низким и высоким риском. «Социальная стимуляция» может усилить эти идеи, добавляя проверки через естественные административные системы, такие как требуемая документация о приверженности методу в электронной медицинской системе. Запланированная интеграция принципов гибкости в процессе разработки, обучения и внедрения лечения может повысить возможности практикующего врача, так что клиницисты будут оптимально изучать наборы знаний по конкретному лечению (например, методы КПТ, новые данные по определенным расстройствам), одновременно развивая общие клинические метакомпетенции, которые являются показателями гибкой практики [Roth & Piling, 2008; Sburlati et al., 2011].

РЕЗЮМЕ И ВЫВОДЫ

Проблемы психического здоровья представляют собой

приоритет для здравоохранения, и клиническая наука добилась огромного прогресса в разработке научно обоснованных подходов для решения этих проблем. Распространение эмпирически подтвержденных методов ЕВТ отстает от ожиданий не только из-за не всегда верного восприятия врачами руководств по лечению, но и из-за того, что группы пациентов и контексты, в которых они обращаются за лечением, заметно отличаются от условий, в которых разрабатываются новые вмешательства. В результате практикующим клиницистам необходимы руководящие принципы, которые помогут сохранить гибкую позицию и при этом придерживаться важнейших доказательных принципов лечения. В этой главе представлены принципы и ресурсы, которые помогут врачам справиться с ежедневными клиническими проблемами, осуществляя доказательную практику. Также здесь даны рекомендации, призванные помочь разработчикам лечения, медицинским организациям и инструкторам формировать гибкий, но действующий последовательно персонал. Вместе систематические вмешательства в сочетании с индивидуальными усилиями клиницистов могут способствовать внедрению доказательных методов лечения ЕВТ, соответствующих реальным потребностям и задачам.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Aarons G.A., Wells R.S., Zagursky K., Fettes D.L.*

& *Palinkas L.A.* Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: A multiple stakeholder analysis // *American Journal of Public Health*. – 2009. – Vol. 99 (11). – P. 2087–2095.

2. *Adams K.B., Matto H.C. & LeCroy C.W.* Limitations of evidence-based practice for social work education: Unpacking the complexity // *Journal of Social Work Education*. – 2009. – Vol. 45 (2). – P. 165–186.

3. *Addis M.E. & Krasnow A.D.* A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68 (2). – P. 331–339.

4. *Angold A., Costello E.J. & Erkanli A.* Comorbidity // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1999. – Vol. 40 (1). – P. 57–87.

5. *Barlow D., Allen L. & Choate M.* Toward a unified treatment for emotional disorders // *Behavior Therapy*. – 2004. – Vol. 35. – P. 205–230.

6. *Beidas R.S., Edmunds J.M., Marcus S.C. & Kendall P.C.* Training and consultation to promote implementation of an empirically supported treatment: A randomized trial // *Psychiatric Services*. – 2012. – Vol. 63 (7). – P. 660–665.

7. *Beidas R.S. & Kendall P.C.* Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2010. – Vol. 17 (1). – P. 1–30.

8. *Beidas R.S., Koerner K., Weingardt K.R. & Kendall P.C.* Training research: Practical recommendations for maximum impact // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. – 2011. – Vol. 38 (4). – P. 223–237.

9. *Beidas R.S., Stewart R.E., Walsh L., Lucas S., Downey M.M., Jackson K., Mandell D.S.* Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2015. – Vol. 22 (1). – P. 5–19.

10. *Bennett-Levy J., Lee N., Travers K., Pohlman S. & Hamernik E.* Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. – 2003. – Vol. 31 (2). – P. 143–158.

11. *Bernal G., Bonilla J. & Bellido C.* Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1995. – Vol. 23. – P. 67–82.

12. *Bernal G., Jiménez-Chafey M.I. & Domenech Rodríguez M.M.* Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2009. – Vol. 40 (4). – P. 361–368.

13. *Bickman L.* A measurement feedback system (MFS) is necessary to improve mental health outcomes // *Journal of*

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2008. – Vol. 47 (10). – P. 1114–1119.

14. *Bickman L., Kelley S.D., Breda C., de Andrade A.R. & Riemer M.* Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial // *Psychiatric Services*. – 2011. – Vol. 62 (12). – P. 1423–1429.

15. *Borntrager C.F., Chorpita B.F., Higa-McMillan C. & Weisz J.R.* Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? // *Psychiatric Services*. – 2009. – Vol. 60 (5). – P. 677–681.

16. *Bukstein O.G.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2005. – Vol. 44 (6). – P. 609–621.

17. *Chorpita B.F.* Treatment manuals for the real world: Where do we build them? // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2002. – Vol. 9 (4). – P. 431–433.

18. *Chorpita B.F. & Daleiden E.L.* Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 77. – P. 566–579.

19. *Chorpita B.F., Daleiden E.L., Ebesutani C., Young J., Becker K.D., Nakamura B.J., Smith R.L.* Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness // *Clinical Psychology*:

Science and Practice. – 2011. – Vol. 18 (2). – P. 154–172.

20. *Chorpita B.F., Daleiden E.L. & Weisz J.R.* Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model // *Mental Health Services Research*. – 2005a. – Vol. 7 (1). – P. 5–20.

21. *Chorpita B.F., Daleiden E.L. & Weisz J.R.* Modularity in the design and application of therapeutic interventions // *Applied and Preventive Psychology*. – 2005b. – Vol. 11 (3). – P. 141–156.

22. *Chorpita B.F., Taylor A.A., Francis S.E., Moffitt C. & Austin A.A.* Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders // *Behavior Therapy*. – 2004. – Vol. 35 (2). – P. 263–287.

23. *Chorpita B.F. & Weisz J.R.* Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems (MATCH-ADTC). – Satellite Beach, FL: PracticeWise, 2009.

24. *Chorpita B.F., Weisz J.R., Daleiden E.L., Schoenwald S.K., Palinkas L.A., Miranda J., Ward A.* Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 81 (6). – P. 999–1009.

25. *Christon L.M., McLeod B.D. & Jensen-Doss A.* Evidence-based assessment meets evidence-based treatment: An approach to science-informed case conceptualization // *Cognitive and*

Behavioral Practice. – 2015. – Vol. 22 (1). – P. 36–48.

26. *Chu B.C.* Considering culture one client at a time: Maximizing the cultural exchange // *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. – 2007. – Vol. 3 (3). – P. 34–43.

27. *Chu B.C.* The SKILLS workbook (version 3.3): Group behavioral activation treatment for anxious and depressed youth: Student workbook. – 2013. [Unpublished workbook.]

28. *Chu B.C. & Areizaga M.* Group behavioral activation treatment for anxious and depressed youth: Therapist manual (version 3.3). – 2013. [Unpublished workbook.]

29. *Chu B.C., Carpenter A.L., Wyszynski C.M., Conklin P.H. & Comer J.S.* Scalable options for extended skill building following didactic training in cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A pilot randomized trial // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2017. – Vol. 46 (3). – P. 401–410.

30. *Chu B.C., Choudhury M.S., Shortt A.L., Pincus D.B., Creed T.A. & Kendall P.C.* Alliance, technology, and outcome in the treatment of anxious youth // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2005. – Vol. 11. – P. 44–55.

31. *Chu B.C., Colognori D., Weissman A.S. & Bannon K.* An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2009. – Vol. 16. – P. 408–419.

32. *Chu B.C., Crocco S.T., Arnold C.C., Brown R., Southam-Gerow M.A. & Weisz J.R.* Sustained implementation of

cognitive-behavioral therapy for youth anxiety and depression: Long-term effects of structured training and consultation on therapist practice in the field // Professional Psychology: Research and Practice. – 2015. – Vol. 46. – P. 70–79.

33. *Chu B.C., Crocco S.T., Esseling P., Areizaga M., Lindner A.M. & Skriner L.C.* Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial // Behaviour Research and Therapy. – 2016. – Vol. 76. – P. 65–75.

34. *Chu B.C. & Kendall P.C.* Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2004. – Vol. 72 (5). – P. 821–829.

35. *Chu B.C. & Kendall P.C.* Therapist responsiveness to child engagement: Flexibility within manual-based CBT for anxious youth // Journal of Clinical Psychology. – 2009. – Vol. 65 (7). – P. 736–754.

36. *Chu B.C., Merson R.A., Zandberg L.J. & Areizaga M.* Calibrating for comorbidity: Clinical decision-making in youth depression and anxiety // Cognitive and Behavioral Practice. – 2012. – Vol. 19. – P. 5–16.

37. *Chu B.C., Temkin A. & Toffey K.* Transdiagnostic mechanisms and treatment in child and adolescent research: An emerging field // Oxford Handbooks Online. – 2016. – URL: www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/

38. *Comer J.S. & Barlow D.H.* The occasional case against broad dissemination and implementation: Retaining a role for specialty care in the delivery of psychological treatments // *American Psychologist*. – 2014. – Vol. 69. – P. 1–18.

39. *Connolly S.D. & Bernstein G.A.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2007. – Vol. 46 (2). – P. 267–283.

40. *Connor-Smith J.K. & Weisz J.R.* Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the real world // *Child and Adolescent Mental Health*. – 2003. – Vol. 8 (1). – P. 3–10.

41. *Craske M.G., Farchione T.J., Allen L.B., Barrios V., Stoyanova M. & Rose R.* Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? // *Behaviour Research and Therapy*. – 2007. – Vol. 45 (6). – P. 1095–1109.

42. *Creed T.A. & Kendall P.C.* Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 73. – P. 498–505.

43. *Cuijpers P., Donker T., van Straten A., Li J. & Andersson G.* Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders?: A systematic review and

meta-analysis of comparative outcome studies // *Psychological Medicine*. – 2010. – Vol. 40 (12). – P. 1943–1957.

44. *Darling-Hammond L. & Richardson N.* Teacher learning: What matters? // *How Teachers Learn*. – 2009. – Vol. 66. – P. 46–53.

45. *Deno S.L., Reschly A.L., Lembke E.S., Magnusson D., Callender S.A., Windram H. & Stachel N.* Developing a school-wide progress-monitoring system // *Psychology in the Schools*. – 2009. – Vol. 46 (1). – P. 44–55.

46. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Arlington, VA: Author, 2013.

47. *Dorsey S., Berliner L., Lyon A.R., Pullmann M.D. & Murray L.K.* A statewide common elements initiative for children's mental health // *Journal of Behavioral Health Services and Research*. – 2016. – Vol. 43 (2). – P. 246–261.

48. *Dorsey S., Briggs E.C. & Woods B.A.* Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. – 2011. – Vol. 20 (2). – P. 255–269.

49. *Dorsey S., McLaughlin K.A., Kerns S.E., Harrison J.P., Lambert H.K., Briggs E.C., Amaya-Jackson L.* Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2017. – Vol. 46 (3). – P. 303–330.

50. *Duncan E.A., Nicol M.M. & Ager A.* Factors that constitute

a good cognitive behavioural treatment manual: A Delphi study // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2004. – Vol. 32 (2). – P. 199–213.

51. *Ehrenreich J., Goldstein C., Wright L. & Barlow D.* Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth // Child and Family Behavior Therapy. – 2009. – Vol. 31. – P. 20–37.

52. *Ehrenreich-May J., Rosenfield D., Queen A.H., Kennedy S.M., Remmes C.S. & Barlow D.H.* An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents // Journal of Anxiety Disorders. – 2017. – Vol. 46. – P. 46–55.

53. *Evans S.W., Owens J.S. & Bunford N.* Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2014. – Vol. 43 (4). – P. 527–551.

54. Evidence-based practice in psychology / American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice // American Psychologist. – 2006. – Vol. 61. – P. 271–285.

55. *Fairburn C.G., Cooper Z. & Shafran R.* Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment // Behaviour Research and Therapy. – 2003. – Vol. 41. – P. 509–528.

56. *Friedberg R.D. & Gorman A.A.* Integrating

psychotherapeutic processes with cognitive behavioral procedures // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2007. – Vol. 37. – P. 185–193.

57. *Garland A.F., Hough R.L., Landsverk J.A. & Brown S.A.* Multi-sector complexity of systems of care for youth with mental health needs // *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*. – 2001. – Vol. 4 (3). – P. 123–140.

58. *Garland A.F., Hurlburt M.S. & Hawley K.M.* Examining psychotherapy processes in a services research context // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2006. – Vol. 13 (1). – P. 30–46.

59. *Glenn C.R., Franklin J.C. & Nock M.K.* Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2015. – Vol. 44 (1). – P. 1–29.

60. *Hamilton J.D., Kendall P.C., Gosch E., Furr J.M. & Sood E.* Flexibility within fidelity // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2008. – Vol. 47 (9). – P. 987–993.

61. *Harvey A.G.* A transdiagnostic intervention for youth sleep and circadian problems // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2016. – Vol. 23 (3). – P. 341–355.

62. *Hawkins S.M. & Heflin L.J.* Increasing secondary teachers' behavior-specific praise using a video self-modeling and visual performance feedback intervention // *Journal of Positive Behavior Interventions*. – 2011. – Vol. 13 (2). – P. 97–108.

63. *Hawley K.M. & Weisz J.R.* Increasing the relevance of evidence-based treatment review to practitioners and consumers // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2002. – Vol. 9 (2). – P. 226–230.

64. *Hawley K.M. & Weisz J.R.* Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2005. – Vol. 34. – P. 117–128.

65. *Hays P.A.* Addressing cultural complexities in practice: A framework for clinicians and counselors. – Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

66. *Herschell A.D., Kolko D.J., Baumann B.L. & Davis A.C.* The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30 (4). – P. 448–466.

67. *Higa-McMillan C.K., Francis S.E., Rith-Najarian L. & Chorpita B.F.* Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2016. – Vol. 45 (2). – P. 91–113.

68. *Hogue A., Dauber S., Stambaugh L.F., Cecero J.J. & Liddle H.A.* Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. –

2006. – Vol. 74 (1). – P. 121–129.

69. *Huang L.* An integrative approach to clinical assessment and intervention with Asian-American adolescents // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 1994. – Vol. 23. – P. 21–31.

70. *Huey S.J. & Polo A.J.* Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37 (1). – P. 262–301.

71. *Hwang W.-C., Wood J.J., Lin K.-M. & Cheung F.* Cognitive-behavioral therapy with Chinese Americans: Research, theory, and clinical practice // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2006. – Vol. 13 (4). – P. 293–303.

72. *James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A. & Choke A.* Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2015. – Iss. 6. – Article CD004690.

73. *Jensen-Doss A., Hawley K.M., Lopez M. & Osterberg L.D.* Using evidence-based treatments: The experiences of youth providers working under a mandate // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2009. – Vol. 40. – P. 417–424.

74. *Jensen-Doss A. & Weisz J.R.* Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2008. – Vol. 76 (5). – P. 711–722.

75. *Kaminski J.W. & Claussen A.H.* Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2017. –

Vol. 46 (4). – P. 477–499.

76. *Karver M.S., Handelsman J.B., Fields S. & Bickman L.* Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature // *Clinical Psychology Review*. – 2006. – Vol. 26. – P. 50–65.

77. *Karver M., Shirk S., Handelsman J.B., Fields S., Crisp H., Gudmundsen G. & McMakin D.* Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2008. – Vol. 16. – P. 15–28.

78. *Kazdin A.E. & Blase S.L.* Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness // *Perspectives on Psychological Science*. – 2011. – Vol. 6 (1). – P. 21–37.

79. *Kendall P.C. & Beidas R.S.* Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2007. – Vol. 38 (1). – P. 13–20.

80. *Kendall P.C. & Chu B.C.* Retrospective self-reports of therapist flexibility in a manual-based treatment for youths with anxiety disorders // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 2000. – Vol. 29 (2). – P. 209–220.

81. *Kendall P.C., Chu B., Gifford A., Hayes C. & Nauta M.* Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments // *Cognitive and Behavioral Practice*. –

1998. – Vol. 5 (2). – P. 177–198.

82. *Kendall P.C., Safford S., Flannery-Schroeder E. & Webb A.* Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72 (2). – P. 276–287.

83. *Lambert M.J., Harmon C., Slade K., Whipple J.L. & Hawkins E.J.* Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions // *Journal of Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 61 (2). – P. 165–174.

84. *Lambert M.J., Whipple J.L., Hawkins E.J., Vermeersch D.A., Nielsen S.L. & Smart D.W.* Is it time for clinicians to routinely track patient outcome?: A meta-analysis // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2003. – Vol. 10 (3). – P. 288–301.

85. *Lambert M.J., Whipple J.L., Smart D.W., Vermeersch D.A. & Nielsen S.L.* The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? // *Psychotherapy Research*. – 2001. – Vol. 11 (1). – P. 49–68.

86. *Lochman J.E., Powell N.P., Boxmeyer C.L., Ford H.L. & Minney J.A.* Beyond disruptive behavior disorder diagnosis: Applications of the Coping Power Program // *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice* / edited by J. Ehrenreich-May & B.C. Chu. – New York: Guilford

Press, 2013. – P. 293–312.

87. *Lock J.* An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2015. – Vol. 44 (5). – P. 707–721.

88. *Loeb K.L., Lock J., Le Grange D. & Greif R.* Transdiagnostic theory and application of family-based treatment for youth with eating disorders // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2012. – Vol. 19 (1). – P. 17–30.

89. *Lyon A.R., Lau A.S., McCauley E., Vander Stoep A. & Chorpita B.F.* A case for modular design: Implications for implementing evidence-based interventions with culturally diverse youth // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2014. – Vol. 45 (1). – P. 57–66.

90. *Mansell W., Harvey A., Watkins E. & Shafran R.* Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. – 2009. – Vol. 23. – P. 6–19.

91. *March J., Silva S., Petrycki S., Curry J., Wells K., Fairbank J., Severe J.* Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial // *Journal of the American Medical Association*. – 2004. – Vol. 292 (7). – P. 807–820.

92. *Martinsen K.D., Kendall P.C., Stark K. & Neumer S.P.* Prevention of anxiety and depression in children:

acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program // Cognitive and Behavioral Practice. – 2016. – Vol. 23 (1). – P. 1–13.

93. *Mash E.J. & Hunsley J.* Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2005. – Vol. 34 (3). – P. 362–379.

94. *Mazzucchelli T.G. & Sanders M.R.* Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: Lessons from a system of parenting support // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2010. – Vol. 17 (3). – P. 238–252.

95. *McLeod B.D.* Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis // Clinical Psychology Review. – 2011. – Vol. 31 (4). – P. 603–616.

96. *McLeod B.D., Islam N.Y., Chiu A.W., Smith M.M., Chu B.C. & Wood J.J.* The relationship between alliance and client involvement in CBT for child anxiety disorders // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2014. – Vol. 43. – P. 735–741.

97. *Merikangas K.R., He J.P., Burstein M., Swanson S.A., Avenevoli S., Cui L., Swendsen J.* Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A) // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2010. – Vol. 49 (10). – P. 980–989.

98. *Miller J.J., Duron J.F., Bosk E.A., Finno-Velasquez M. & Abner K.S.* Peer-learning networks in social work doctoral education: An interdisciplinary model // *Journal of Social Work Education*. – 2016. – Vol. 52 (3). – P. 360–371.

99. *Miller W.R., Yahne C.E., Moyers T.B., Martinez J. & Pirritano M.* A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72 (6). – P. 1050–1062.

100. *Mitchell P.F.* Evidence-based practice in real-world services for young people with complex needs: New opportunities suggested by recent implementation science // *Children and Youth Services Review*. – 2011. – Vol. 33 (2). – P. 207–216.

101. Multicultural guidelines: An ecological approach to context, identity, and intersectionality / American Psychological Association. – 2017. – URL: www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf.

102. *Nadeem E., Cappella E., Holland S., Coccaro C. & Crisonino G.* Development and piloting of a classroom-focused measurement feedback system // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. – 2016. – Vol. 43 (3). – P. 379–393.

103. *Najavits L.M.* Training clinicians in the Seeking Safety treatment protocol for posttraumatic stress disorder and substance abuse // *Alcoholism Treatment Quarterly*. – 2000. – Vol. 18 (3). – P. 83–98.

104. NIMH Research Domain Criteria (RDoC) / National Institute for Mental Health. – 2011, June. – URL: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc> (retrieved: 05.12.2018).

105. *Nock M.K., Goldman J.L., Wang Y., Albano A.M. & Jellinek M.S.* From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43 (6). – P. 777–780.

106. *Perepletchikova F. & Kazdin A.E.* Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2005. – Vol. 12 (4). – P. 365–383.

107. *Persons J.B.* Case formulation-driven psychotherapy // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2006. – Vol. 13 (2). – P. 167–170.

108. *Podell J.L., Kendall P.C., Gosch E.A., Compton S.N., March J.S., Albano A.M., Keeton C.P.* Therapist factors and outcomes in CBT for anxiety in youth // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2013. – Vol. 44 (2). – P. 89–98.

109. *Queen A.H., Barlow D.H. & Ehrenreich-May J.* The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2014. – Vol. 28. – P. 511–521.

110. *Reinke W.M., Lewis-Palmer T. & Martin E.* The effect of visual performance feedback on teacher use of behavior-specific

praise // Behavior Modification. – 2007. – Vol. 31 (3). – P. 247–263.

111. *Rohde P., Feeny N.C. & Robins M.* Characteristics and components of the TADS CBT approach // Cognitive and Behavioral Practice. – 2005. – Vol. 12 (2). – P. 186–197.

112. *Roth A.D. & Pilling S.* Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2008. – Vol. 36 (2). – P. 129–147.

113. *Sburlati E.S., Schniering C.A., Lyneham H.J. & Rapee R.M.* A model of therapist competencies for the empirically supported cognitive behavioral treatment of child and adolescent anxiety and depressive disorders // Clinical Child and Family Psychology Review. – 2011. – Vol. 14 (1). – P. 89–109.

114. *Silverman W.K. & Hinshaw S.P.* The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37 (1). – P. 1–7.

115. *Smith T. & Iadarola S.* Evidence base update for autism spectrum disorder // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2015. – Vol. 44 (6). – P. 897–922.

116. *Southam-Gerow M.A.* Some reasons that mental health treatments are not technologies: Toward treatment development and adaptation outside labs // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2004. – Vol. 11 (2). – P. 186–189.

117. *Southam-Gerow M.A., Weisz J.R. & Kendall P.C.* Youth with anxiety disorders in research and service clinics: Examining client differences and similarities // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2003. – Vol. 32 (3). – P. 375–385.

118. *Sue S.* In search of cultural competence in psychotherapy and counseling // *American Psychologist*. – 1998. – Vol. 53. – P. 440–448.

119. *Sze K.M. & Wood J.J.* Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: A case report // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2007. – Vol. 37 (3). – P. 133–143.

120. *Taylor S. & Clark D.A.* Transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for mood and anxiety disorders: Introduction to the special issue // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. – 2009. – Vol. 23. – P. 3–5.

121. *Temkin A.B., Yadegar M., Laurine C.J. & Chu B.C.* Transdiagnostic approaches with children // *The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology* / edited by T.H. Ollendick, S.W. White & B.A. White. – London: Oxford University Press, 2018. – P. 753–769.

122. *Tosey P.* The peer learning community: A contextual design for learning? // *Management Decision*. – 1999. – Vol. 37. – P. 403–410.

123. Training in and dissemination of empirically-validated

psychological treatments: Report and recommendations / American Psychological Association, Division of Clinical Psychology // *The Clinical Psychologist*. – 1995. – Vol. 48. – P. 3–27.

124. Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice / edited by J. Ehrenreich-May & B.C. Chu. – New York: Guilford Press, 2013.

125. *Turner K.M. & Sanders M.R.* Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P – Positive Parenting Program system approach // *Aggression and Violent Behavior*. – 2006. – Vol. 11 (2). – P. 176–193.

126. *Weersing V.R., Brent D.A., Rozenman M.S., Gonzalez A., Jeffreys M., Dickerson J.F., Iyengar S.* Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression in primary care: A randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 74 (6). – P. 571–578.

127. *Weisz J.R., Chorpita B.F., Frye A., Ng M.Y., Lau N., Bearman S.K., Hoagwood K.E.* Youth Top Problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 79 (3). – P. 369–380.

128. *Weisz J.R., Chorpita B.F., Palinkas L.A., Schoenwald S.K., Miranda J., Bearman S.K., Gray J.* Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety,

and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial // Archives of General Psychiatry. – 2012. – Vol. 69 (3). – P. 274–282.

129. Weisz J.R., Southam-Gerow M.A., Gordis E.B. & Connor-Smith J. Primary and secondary control enhancement training for youth depression // Evidence-based psychotherapies for children and adolescents / edited by A.E. Kazdin & J.R. Weisz. – New York: Guilford Press, 2003. – P. 165–183.

130. Weisz J.R., Ugueto A.M., Cheron D.M. & Herren J. Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2013. – Vol. 42 (2). – P. 274–286.

131. Youngstrom E.A., Choukas-Bradley S., Calhoun C.D. & Jensen-Doss A. Clinical guide to the evidence-based assessment approach to diagnosis and treatment // Cognitive and Behavioral Practice. – 2015. – Vol. 22 (1). – P. 20–35.

Часть II

Расстройства поведения

Глава 4

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

**Стивен В. Эванс, Джули Сарно
Оуэнс и Томас Дж. Пауэр**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – это хроническое нейро бихевиоральное расстройство, которое характеризуется несоответствующими возрасту симптомами невнимательности и/или гиперактивностью/импульсивностью; они вызывают нарушения во многих сферах функционирования [American Psychiatric Association, 2013]. Расстройство обычно проявляется в раннем детстве, а симптомы и связанные с ними нарушения сохраняются в зрелом возрасте для большинства людей с этим диагнозом [Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2002; Klein et al., 2012]. Основное внимание в этой главе уделяется лечению детей и подростков с СДВГ в различных условиях.

Это те методы лечения, которые имеют хорошо зарекомендовавшую себя доказательную базу, и те, которые показывают хорошие результаты в процессе исследований и разработок. К сожалению, существуют множество видов помощи, предоставляемых детям и подросткам с СДВГ, которые не подходят ни к одной из этих категорий, поскольку известно, что они либо неэффективны, либо не имеют научной основы [Spiel, Evans & Langberg, 2014]; они здесь не рассматриваются. Перед изучением методов лечения мы кратко рассмотрим характеристики расстройства, связанные с лечением и проблемами оценки.

СИМПТОМЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Чтобы соответствовать современным критериям СДВГ в соответствии с DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013], ребенок до 16 лет должен:

- 1) демонстрировать не менее шести симптомов дефицита внимания и/или гиперактивности/импульсивности, выраженные чрезмерно для уровня развития ребенка;
- 2) симптомы должны проявляться как минимум в двух ситуациях (например, дома и в школе);
- 3) симптомы должны были проявляться до достижения 12-летнего возраста;
- 4) симптомы должны вызывать ухудшение социально-го или академического/профессионального функционирования

ния;

5) симптомы не могут объясняться другим психическим расстройством.

У пациентов в возрасте 17 лет и старше должны присутствовать не менее пяти симптомов невнимательности и/или гиперактивности/импульсивности. На основании профиля симптомов у ребенка может быть диагностирован один из трех вариантов СДВГ: вариант с преимущественным дефицитом внимания; вариант с преимуществом гиперактивности/импульсивности или смешанный вариант [American Psychiatric Association, 2013]. Доказательные процедуры оценки [Pelham, Fabiano & Massetti, 2005] включают использование интервью с родителями для получения анамнеза, в том числе историю развития ребенка и историю болезни, а также информацию о возможных сопутствующих заболеваниях или состояниях, которые могут лучше объяснить симптомы, оценки родителей и учителей как симптомов, так и нарушений, а также наблюдение за ребенком в различных контекстах.

Согласно DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013], СДВГ встречается у 5 % детей (примерно у одного из каждых 20 детей). Аналогичным образом, согласно метааналитическому исследованию, обобщающему более 300 статей, в которых сообщается о показателях распространенности СДВГ, полученных в семи континентах и глобальных регионах, совокупная распространенность СДВГ во всем мире состави-

ла 5,9 % с диапазоном 3–12 % по географическим регионам [Polanczyk, de Lima, Horta, Beiderman & Rohde, 2007]. Интересно, что последующий анализ показал, что вариативность диагностических показателей в значительной степени объяснялась вариациями диагностических критериев (например, оценивался ли критерий конкретного дефицита, рассматривались ли данные, полученные от учителей, так и от родителей), а не географическим регионом.

В США данные Национального обзора здоровья детей, опроса родителей, с помощью которого осуществляется сбор информации о состоянии здоровья детей, показывают, что распространенность СДВГ у детей в возрасте 4–17 лет увеличилась за последние два десятилетия с 7,8 % в 2003 г., до 9,5 % в 2007 г., до 11 % в 2011 г. и до 9,4 % в последнем опросе [Danielson et al., 2018]. Показатели диагностики различаются в зависимости от штата, причем самые высокие показатели наблюдаются в штатах Среднего Запада (например, Огайо, Индиана, Айова) и центральных южных штатах (например, Кентукки, Алабама, Миссисипи, Луизиана, Арканзас), а самые низкие показатели наблюдаются в западных штатах (Аризона, Калифорния, Колорадо, Невада, Юта). Эта вариабельность является функцией множества факторов, одним из которых, вероятно, является применение различных подходов к определению диагноза.

Хотя СДВГ чаще встречается у мужчин, чем у женщин (в три-семь раз чаще встречается в клинической популя-

ции) [American Psychiatric Association, 2013], общие проявления расстройства и связанных с ним нарушений в детском возрасте довольно схожи у пациентов разных полов [Bauermeister et al., 2007]. Однако недавняя лонгитюдная работа показывает, что некоторые долгосрочные результаты могут различаться в зависимости от пола, причем женщины имеют более высокий риск суицидальных мыслей и поведения, чем мужчины [Chronis-Tuscano et al., 2010], и, возможно, более низкий риск, чем мужчины в отношении уровней риска употребления психоактивных веществ, дорожно-транспортных происшествий и проблем с работой [Owens, Zalecki, Gillette & Hinshaw, 2017].

Аспекты развития и их влияние на клинические проявления

Хотя одни и те же общие критерии используются для оценки диагноза у детей всех возрастов, диагносты должны учитывать два момента. Во-первых, выраженность симптомов должна быть чрезмерной для уровня развития ребенка. Например, дети дошкольного возраста не могут долго концентрировать внимание и меньше способны оставаться в сидячем положении или сопротивляться импульсам, в отличие от детей в начальных или средних классах школы. Таким образом, диагносты должны иметь представление о типичном развитии, а симптомы должны оцениваться относи-

тельно сверстников того же возраста. Во-вторых, симптомы СДВГ различаются в зависимости от уровня развития ребенка. Таким образом, диагносты также должны знать, что, например, у маленьких детей чрезмерная гиперактивность проявляется в беге, лазании и вскакивании с места [Gimpel & Kuhn, 2000], тогда как в подростковом и юношеском возрасте гиперактивность может проявляться как внутреннее чувство беспокойства [Conners et al., 1999]. Кроме того, согласно рейтингам учителей в нормативных выборках, показатели традиционных гиперактивных/импульсивных симптомов ниже у подростков, чем у детей более раннего возраста, тогда как показатели симптомов невнимательности остаются неизменными для разных возрастов [DuPaul et al., 1997; Evans et al., 2013]. Точно так же в раннем детстве чрезмерная импульсивность проявляется в виде склонности перебивать собеседника во время разговора, действовать, не задумываясь (например, броситься бегом, не глядя по сторонам), а также в виде трудности ожидания своей очереди. В подростковом возрасте чрезмерная импульсивность может проявляться как импульсивное принятие решений в опасных ситуациях, например при вождении, экспериментировании с психоактивными веществами, трате денег или вступлении в интимные отношения [Barkley & Cox, 2007; Flory, Molina, Pelham, Gnagy & Smith, 2006; Molina, 2011]. Из-за этих различных проявлений в зависимости от уровня развития некоторые утверждали, что существующие три симптома DSM-5,

связанные с импульсивностью, могут неадекватно отражать проявления импульсивности у подростков и взрослых людей молодого возраста [Zoromski, Owens, Evans & Brady, 2015].

Аспекты развития и их влияние на нарушение

Подобно тому, как симптомы проявляются по-разному на разных стадиях развития, есть некоторые уникальные аспекты развития, связанные с каждым кластером симптомов. При оценке нарушения важно измерить уровни функционирования ребенка и ожидания взрослых, поскольку и то и другое способствуют определению нарушения. Ожидания взрослых часто приспосабливаются к уровню функционирования ребенка, и эти корректировки могут повлиять на диагностику нарушения. Например, родители, которым трудно заставить своего ребенка выполнять задания по дому, могут перестать ожидать, что ребенок выполнит их. Таким образом, на вопрос о работе по дому родители могут сказать, что проблем, связанных с домашними делами, нет. Кроме того, для подростков с СДВГ, которые хронически не выполняют домашние задания, могут быть изменены ожидания, чтобы исключить необходимость выполнять внеклассную работу. В результате их оценки могут улучшиться и указывать на меньшую степень нарушения. Эти примеры демонстрируют, как простое измерение функционирования дома и в школе без измерения того, в какой степени ожидания взрослых со-

ответствуют возрасту, может привести к неточным оценкам функциональных нарушений.

Большинство детей с СДВГ испытывают затруднения в учебе. В процессе развития (от детского сада до средней школы) симптомы невнимательности в большей степени способствуют академической неуспеваемости, чем симптомы гиперактивности/импульсивности [Power et al., 2016; Zoromski, Owens et al., 2015]. Один из метаанализов демонстрирует большую величину влияния ($d = 0,71$) для проблем в академической сфере у детей с СДВГ по сравнению с нормально развивающимися детьми [Frazier, Youngstrom, Glutting & Watkins, 2007]. В дошкольных учреждениях и детских садах дети с СДВГ, как правило, отстают от обычно развивающихся сверстников в базовых навыках академической готовности и в эффективном приобретении новых навыков [DuPaul, McGoe, Eckert & VanBrakle, 2001]. В начальной школе дети с симптомами СДВГ демонстрируют более низкие академические навыки (плохие результаты тестов, оценки и точность/завершение работы) и «академические возможности» (поведение, которое способствует академическому успеху, например мотивация и вовлеченность) [Loe & Feldman, 2007], чем обычно развивающиеся сверстники [McConaughy, Volpe, Antshel, Gordon & Eiraldi, 2011]. Симптомы СДВГ предсказывают постепенное снижение результатов тестов по сравнению с ожидаемыми на основании интеллектуальных способностей [Barry, Lyman & Klinger,

2002]. По мере увеличения академической нагрузки в средней школе подростки с СДВГ испытывают большие трудности с выполнением домашних заданий [Langberg et al., 2011] и организационными навыками, и они, как правило, показывают снижение средних баллов в течение учебного года [Evans et al., 2016]. Учащиеся старших классов с СДВГ также чаще, чем их сверстники, не справляются с экзаменами, остаются на второй год, демонстрируют более низкие оценки по предметам и бросают школу [Kent et al., 2011].

Кроме того, многие, но не все, дети с СДВГ также испытывают трудности в социальных отношениях [Hoza et al., 2005]. В исследовании Рэя, Эванса и Ламберга (2017), посвященном изучению факторов риска нарушений социального взаимодействия среди подростков с СДВГ, сообщалось, что согласно родительским рейтингам 60,5 % дети и подростки соответствовали критериям нарушений социального функционирования. В одном из современных метаанализов [Waschbusch, 2002] сообщается о больших проблемах в общении со сверстниками у детей с СДВГ по сравнению с нормально развивающимися детьми ($d = 0,72$ для детей с СДВГ и без сопутствующих заболеваний; $d = 1,25$ для детей с СДВГ и сопутствующими проблемами поведения). У детей младшего школьного возраста симптомы гиперактивности/импульсивности, по-видимому, в большей степени указывают на нарушения социального взаимодействия со сверстниками и учителями, чем симптомы невниматель-

ности [Zoromski, Owens et al., 2015]. Напротив, у старшекласников симптомы невнимательности в большей степени предсказывают социальные нарушения, чем симптомы гиперактивности/импульсивности (возможно потому, что текущие описания симптомов гиперактивности/импульсивности неадекватно отражают этот аспект у более взрослых пациентов с расстройством).

Однако, независимо от уровня развития, в целом дети с СДВГ, как правило, имеют меньше друзей и испытывают большее отторжение со стороны сверстников, чем их обычно развивающиеся сверстники [Hoza et al., 2005]. Некоторым детям с СДВГ трудно верно оценить свое поведение [Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza & Kaiser, 2007], что, возможно, повышает вероятность того, что они будут продолжать вести себя отчужденно. В подростковом возрасте пациенты с СДВГ с большей вероятностью, чем обычно развивающиеся сверстники, будут употреблять запрещенные вещества [Molina et al., 2007], проводить время со сверстниками, которые склонны к девиантному поведению [Marshall, Molina & Pelham, 2003], и иметь более серьезные конфликты со своими родителями [Johnston & Mash, 2001]. Как и ожидалось, при планировании лечения необходимо учитывать эту вариативность симптомов и нарушений в процессе развития.

ВКЛЮЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ КРИТЕРИЕВ ДОМЕНОВ

Публикация исследовательских критериев доменов (Research Domain Criteria, RDoC) Национальным институтом психического здоровья побудила исследователей изучить физиологические, генетические и поведенческие аспекты расстройств, измеряемые различными единицами анализа в континууме развития [Morris & Cuthbert, 2012]. В области психопатологии развития давно делается упор на эти различные уровни анализа, а также на факторы окружающей среды, которые могут взаимодействовать с данными уровнями [Cicchetti & Toth, 2009]. Фактически основные концепции психопатологии развития, такие как эквивинальность и мультифинальность, согласуются с акцентом Национального института психического здоровья на исследованиях, направленных на улучшение нашего понимания взаимосвязей между внутренними и внешними факторами, влияющими на результаты и ход развития у детей. Например, ранние исследования генетических причин поведения сконцентрировались на взаимодействии генов и окружающей среды и на интересных открытиях, относящихся к эпигенетике [Bhat, Joober & Sengupta, 2017]. Некоторые из этих исследований могут в конечном итоге оказаться важными для разработки лечения, так как модифицируемые характеристики детей и под-

ростков и их окружения могут быть задействованы в качестве потенциальных мишеней лечения, если они имеют причинную связь с функционированием.

Были достигнуты существенные успехи в понимании множества внутренних характеристик, таких как изучение поведенческой генетики и СДВГ [Dhamija, Tuvblad & Baker, 2016], а также контекстуальных элементов, таких как влияния социально-экономических факторов на проявления расстройства [Russell, Ford, Williams & Russell, 2016]. Одной из наиболее всеобъемлющих моделей психопатологии развития СДВГ и связанных с ним проблем экстернализации является онтогенетическая модель экстернализации психопатологии, разработанная и изученная Бушен, Шейдером и Хиншоу (2016). В этой модели импульсивность лежит в основе расстройства, передается по наследству и присутствует при рождении. Считается, что импульсивность связана с нарушениями в мезолимбической дофаминергической системе и других дофаминовых контурах. В зависимости от серии транзакций в процессе развития, включающих факторы индивидуального уровня (например, генетические, нервные) и контекстуальные факторы риска (например, родители, сверстники), у детей и подростков с характерной импульсивностью могут развиваться патологические симптомы, связанные с различными расстройствами, включая СДВГ, оппозиционно-вызывающее расстройство (Oppositional Defiant Disorder, ODD), расстройство по-

ведения (Conduct Disorder, CD) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Эта изящная модель включает в себя множество выводов и направлений для исследований психопатологии, а также критически важные гипотезы для исследований в области профилактики и лечения.

Один из доменов критериев RDoC включает субдомен, названный «когнитивный (требующий усилий) контроль» [Morris & Cuthbert, 2012]. Испытания в этой области находились в центре внимания множества исследований, касающихся детей и подростков с СДВГ [Baroni & Castellanos, 2015], и значительные из них предшествовали созданию критериев RDoC [Nigg, Blaskey, Huang-Pollock & Rappley, 2002]. Некоторые из этих исследований были сосредоточены на времени и точности реакции на раздражители. Считается, что эти показатели связаны с поведенческими проявлениями СДВГ, такими как импульсивность и невнимательность. Основываясь на метааналитическом обзоре 319 исследований по этой теме, исследователи сообщили, что нет данных, подтверждающих различия между детьми с СДВГ и детьми без данного расстройства в отношении среднего времени ответа на представленные задачи, однако есть последовательные данные о большей вариабельности времени реакции внутри участников между этими двумя группами [Kofler et al., 2013]. Напротив, дети с СДВГ существенно не отличались от людей с другими клиническими состояниями.

Более того, стимулирующие препараты, а не психосоциальное лечение, эффективно снижали вариабельность. Эти результаты, относящиеся к вариабельности времени реакции на различные когнитивные задачи, аналогичны большей вариабельности наблюдаемого поведения у детей и подростков с СДВГ по сравнению с теми, у кого данного расстройства нет, и эффектом стимуляторов, уменьшающим эту вариабельность [Evans et al., 2001].

Хотя акцент на физиологических и когнитивных аспектах СДВГ в исследованиях может когда-нибудь привести к разработке эффективных подходов к лечению и профилактике, наука еще не достигла того уровня, чтобы было возможно эффективно дополнить существующие на данный момент разработки. Например, ценность использования сканирования головного мозга для обнаружения активации различных частей мозга в качестве показателя результата лечения иногда переоценивается. Если лечение изменяет поведение ребенка, но не приводит к каким-либо изменениям при сканировании головного мозга для определения его активности, это лишь означает, что наши измерения и знания об активности головного мозга еще недостаточны для измерения изменений, вызванных лечением. Если лечение привело к изменению поведения, оно должно было повлиять и на физиологию, и процессы обработки информации в головном мозге. Если лечение действительно вызывает изменения в активации некоторых областей мозга, трудно сказать с какой-ли-

бо уверенностью, как это изменение могло быть связано с изменениями в поведении, возникшими в результате лечения. Хотя иногда предполагается, что обнаружение изменений в активации головного мозга в ответ на лечение является фактором в пользу достоверности лечебной эффективности; для этого вывода нет оснований, поскольку изменения в поведении, эмоциях и мыслях не могут происходить без изменений физиологии и обработки информации в головном мозге. Несмотря на то что изучение физиологии и обработки сигналов в головном мозге в отношении психопатологии критически важно, наука еще не дошла до достаточного уровня, чтобы принимать ведущую роль в руководстве разработки и оценки подходов к лечению и профилактике.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

В течение многих лет методы управления поведением, применяемые родителями и учителями, являлись основным психосоциальным подходом к лечению детей с СДВГ [Pelham, Wheeler & Chronis, 1998]. Эти подходы по-прежнему являются основными для детей младшего возраста (т. е. пациентов младше восьми лет) и распространены для предподростков (т. е. пациентов младше 12 лет), однако исследования семейных поведенческих подходов к воспитанию подростков показывают лишь скромные результаты [Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001]. Кроме

того, подходы к управлению поведением, реализуемые учителями в средней школе, по-видимому, приносят менее последовательные и не столь значимые преимущества, как подобные методы, примененные в классах начальной школы [Chafouleas, Sanetti, Jaffery & Fallon, 2012]. В целом с подростками проводилось очень мало исследований по управлению поведением [Fabiano, Pelham et al., 2009], возможно, из-за изменений в развитии детей и подростков и контекстных изменений в школах и семьях. Выявление наиболее значимых методов поощрения и наказания – обычная проблема для традиционных поведенческих подходов к подросткам, и этим могут объясняться некоторые несогласованные выводы в поведенческих подходах, применяемых родителями и учителями к подросткам. В целом, согласно литературе, чем младше ребенок, получающий лечение, тем выше вероятность того, что применение поведенческого подхода будет успешным.

Тренинги, основанные на повторяющейся практике с обратной связью по навыкам, которые должны стать рутинными, оказались эффективными для детей в возрасте восьми лет [Abikoff et al., 2013], для учеников средней школы [Evans et al., 2016] и старших классов [Evans, Schultz & DeMars, 2014]. Однако для того, чтобы эти вмешательства привели к желаемым результатам, вероятно, потребуется относительно высокая интенсивность тренировок и/или количество повторений практикумов с обратной связью [Abikoff et al., 2013;

Evans, Schultz & DeMars, 2014]. Исследования обучающих вмешательств с детьми раннего возраста не проводились.

Исследования стимулирующих препаратов продемонстрировали преимущества для всех возрастных групп [Chacko et al., 2005; Evans et al., 2001], хотя польза для детей дошкольного возраста, по-видимому, меньше, чем для пациентов старшего возраста [Greenhill et al., 2006]. Ограниченное количество исследований лекарств с участием детей дошкольного возраста, преимущества поведенческой терапии для этой группы и проблемы безопасности, связанные с использованием фармакопрепаратов, привели к рекомендации Подкомитета Американской академии педиатрии APP по синдрому дефицита внимания и гиперактивности (American Academy of Pediatrics Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) о том, что: для дошкольников фармакотерапия должна быть вторым этапом лечения после поведенческой терапии. Таким образом, учебные мероприятия и лекарства не являются первым этапом лечения для детей дошкольного возраста, но оба продемонстрировали положительный эффект у детей более старшего возраста.

Как отмечалось ранее, основной подход к лечению детей младшего возраста заключается в помощи родителям и учителям в реализации поведенческих подходов к лечению. Как правило, это не требует от врача непосредственной работы с ребенком. Иногда врачи вовлекают ребенка в занятия с родителями, чтобы помочь родителям объяснить новое по-

веденческое вмешательство (например, домашнюю систему баллов) или чтобы потренироваться и понаблюдать за тем, как родители реализуют те или иные аспекты поведенческой терапии. Точно так же врачи, работающие над поведенческими вмешательствами с учителями, могут наблюдать за целевым учеником в классе, чтобы оценить реакцию на действия учителя, но обычно клиницисту не требуется регулярно встречаться с учеником. Однако важность вовлечения ребенка в лечение усиливается по мере взросления ребенка. Подростки, как правило, активно участвуют в лечении, играют ведущую роль в семейной терапии [Sibley, 2017] или выступают в качестве основных активных реципиентов услуг в рамках школьных подходов [Evans et al., 2016]. Различия в уровнях развития пациентов отражают растущую степень автономии и самодостаточности, которую дети приобретают с возрастом, а также необходимость поддерживать их вовлеченность и энтузиазм в процессе лечения.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройства поведения

Национальные опросы родителей [Larson, Russ, Kahn & Halfon, 2011] показывают, что у большинства детей с СДВГ присутствует по крайней мере одно сопутствующее психическое расстройство. В выборках местных сообществ [Jensen, Martin & Cantwell, 1997] исследователи обнаружили, что 42–93 % детей с СДВГ имеют коморбидные признаки оппозиционно-вызывающего расстройства или расстройства поведения и что эти сопутствующие заболевания чаще встречаются среди мальчиков, чем среди девушек с СДВГ. В исследовании мультимодального лечения СДВГ (МТА) обнаружилось, что 39,9 % выборки имели коморбидность с оппозиционно-вызывающим расстройством [МТА Cooperative Group, 1999]. Одно национальное исследование показало, что после учета пола, возраста, расы и социально-экономического статуса у детей с СДВГ в 12 раз чаще встречаются расстройства поведения, чем у нейротипичных детей. Эта коморбидность также коррелировала с тяжестью СДВГ, де-

линквентностью и агрессией, так что дети с СДВГ и расстройствами поведения были наиболее тяжелыми пациентами, за ними следовали дети с СДВГ или оппозиционно-вызывающим расстройством; у детей с СДВГ наблюдались наименее серьезные симптомы в этих трех областях [Conner & Doerfler, 2008; Hägglöf & Gillberg, 2003].

Факт наличия сопутствующих признаков оппозиционно-вызывающего расстройства или расстройства поведения не может существенно повлиять на планирование лечения по двум причинам.

Во-первых, в большинстве исследований с размером выборки, достаточно большим для изучения возможных модулирующих эффектов этой коморбидности, не было обнаружено значительного отличия реакций на психосоциальное или фармакологическое лечение у пациентов с коморбидными признаками оппозиционно-вызывающего расстройства или расстройства поведения и без них [Langberg, Evans et al., 2016; MTA Cooperative Group, 1999; Nissley-Tsiopinis, Tresco, Mautone & Power, 2014].

Во-вторых, особенно в случае оппозиционно-вызывающего расстройства, доказательно подтвержденные психосоциальные методы лечения СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства у детей схожи, а именно – поведенческие тренинги родителей и/или модификации непредвиденных обстоятельств окружающей среды в школе [Evans, Owens, Wymbs & Ray, 2018; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Garland,

Hawley, Brookman-Frazee & Hurlburt, 2008].

Тем не менее в отношении сопутствующего расстройства поведения следует отметить, что в дополнение к вмешательствам, основанным на воспитании детей (например, для детей и подростков с СДВГ и ОВР), научно обоснованные методы лечения агрессии и расстройств поведения включают в себя работу непосредственно с ребенком или подростком (например, через тренинг-группу по преодолению гнева) [Lochman & Wells, 2004] и/или использование мультисистемного семейного подхода для усиления мониторинга, поддержки, положительных решений и управления непредвиденными обстоятельствами в различных условиях жизни ребенка (например, в школе, доме или на улице) и функционирование семьи [Henggeler & Sheidow, 2012]. Таким образом, основные последствия этой работы для клиницистов и исследователей заключаются, во-первых, в оценке наличия сопутствующих ОВР, агрессии и расстройств поведения, поскольку наличие этих проблем, сопутствующих СДВГ, вероятно, означает большую серьезность и менее благоприятный долгосрочный прогноз, а во-вторых, при наличии коморбидности, рассмотрение возможности мультимодального подхода к лечению, рекомендуя поведенческие тренинги для родителей, школьные программы управления непредвиденными обстоятельствами, участие в копинг-группе со сверстниками и/или мультисистемную терапию.

Нарушения процесса обучения

В недавнем обзоре 17 исследований, проведенных с 2001 по 2011 г., было обнаружено, что сопутствующее нарушение процесса обучения (learning disability, LD) присутствует у 7–78 % детей и подростков с СДВГ; средняя распространенность в 17 исследованиях составила 47 % [DuPaul, Gormely & Laracy, 2013]. Широкая вариабельность объясняется различными способами определения LD. Однако представленная медиана согласуется с отчетом родителей в недавнем национальном опросе (46 %) [Larson et al., 2011]. ДюПол, Гормлей, Лереси (2013) отметили, что относительно высокая медиана, вероятно, объясняется исследованиями нарушений письма; в исследованиях, которые не включали этот тип нарушений обучаемости, частота коморбидности варьировала от 24 до 50 %.

Тот факт, что каждый третий ребенок с СДВГ, вероятно, страдает нарушением обучаемости, имеет важное значение для оценки состояния и психосоциального лечения.

Во-первых, при проведении таких мероприятий, как ежедневный табель успеваемости в классе (classroom daily report card, DRC) [Owens et al., 2012; Volpe & Fabiano, 2013] или план управления выполнения домашнего задания [Langberg, 2011; Power, Karustis & Habboushe, 2001], важно установить цели для успеваемости на академическом уровне, который

соответствует способностям и навыкам ребенка. Например, учитель может пожелать повысить продуктивность или точность работы по данному предмету. Однако, если это предмет, требующий владения какой-либо областью, затронутой нарушением процесса обучения (например, успех в социальных исследованиях зависит от способности читать учебник для учащегося с ограниченными возможностями чтения), цели в отношении продуктивности и точности могут нуждаться в корректировке (по крайней мере, изначально) для достижения ребенком своих целей.

Во-вторых, важно, чтобы инструменты оценки и мониторинга успеваемости включали как академические (например, оценки, выполнение и точность работы, прогресс в дополнительных академических навыках), так и поведенческие (например, время выполнения задачи, следование правилам, академические вспомогательные средства) результаты. Непрерывная мультидоменная оценка покажет области, в которых лечение оказывает влияние, и области, которые требуют большего внимания или другого подхода к терапии. Важно отметить, что в нескольких исследованиях непосредственно оценивались методы лечения детей и подростков с СДВГ и с нарушениями процесса обучения. Однако недавнее рандомизированное клиническое исследование, посвященное терапии при СДВГ (т. е. лекарственная терапия и обучение родителей) и расстройством чтения (т. е. интенсивное обучение чтению), показало, что детям было полезно

лечение, направленное на каждое конкретное расстройство, но не наблюдалось перекрестных эффектов ни для одного из этих видов лечения (например, лечение СДВГ, влияющего на результаты чтения) или дополнительного преимущества комбинированного лечения [Tamm, Denton et al., 2017]. Другое исследование, оценивающее терапию нарушений в чтении (с медикаментозным лечением и без него) для детей с СДВГ и нарушениями чтения, показало аналогичные результаты [Tannock et al., 2018]. В недавнем обзоре были обнаружены некоторые неоднозначные результаты исключительно для эффектов медикаментозной терапии на выполнение академических задач [Froehlich et al., 2018]. Эти исследования показывают, что важно применять вмешательства, специфичные как для преодоления академических трудностей, которые являются вторичными по отношению к СДВГ (т. е. дефицит успеваемости и академической состоятельности, связанный с выполнением определенных задач, вниманием к деталям, завершением работы без ошибок), так и с дефицитом академических навыков, связанных с конкретным видом нарушений процесса обучения (например, инструкция по систематическому чтению). Более того, поскольку эти вмешательства, вероятно, охватят школьную и домашнюю среды, сотрудничество между родителями, учителями и лицами, обеспечивающими медицинскую помощь, может увеличить эффективность лечения.

Расстройства, связанные с тревогой и депрессией

Национальные опросы родителей показывают, что примерно у 17 % детей и подростков с СДВГ было диагностировано сопутствующее тревожное расстройство и что дети с СДВГ в семь раз чаще испытывают тревогу, чем дети без СДВГ [Larson et al., 2011]. В выборке МТА 38 % соответствовали критериям коморбидного тревожного расстройства; 14 % соответствовали критериям только для СДВГ и тревожности (называемых ADHD + ANX) и 24 % соответствовали критериям для СДВГ, тревожности и ОВР / расстройства поведения CD (называемых ADHD + ANX + ODD/CD) [Jensen, Hinshaw, Kraemer et al., 2001]. Образец МТА предлагает одну из немногих выборок, достаточно больших, чтобы посмотреть на реакцию на лечение в этих двух коморбидных группах по сравнению с пациентами, страдающими только СДВГ. При использовании оценок симптомов СДВГ родителями и учителями в качестве переменной результата, дети с проблемами тревожности ADHD + ANX были более восприимчивы к лечению только методами поведенческой терапии, чем дети и подростки с ADHD + ANX + ODD/CD (при рассмотрении контрольной группы для сравнения состояния). Напротив, по сравнению с молодыми пациентами, страдающими только СДВГ, дети и под-

ростки с ADHD + ANX + ODD/CD были более восприимчивы к протоколу комбинированного вмешательства (эффективность = 0,92), чем к протоколу поведенческого вмешательства (эффективность = 0,53) или протоколу медикаментозного вмешательства (эффективность = 0,28). Интересно, что эти результаты предполагают, что наличие тревоги у детей с СДВГ (с или без ODD/CD) дает некоторые преимущества в отношении реакции на поведенческие методы лечения СДВГ [Jensen, Hinshaw, Kraemer et al., 2001]. Они также указывают на то, что оценка тревожности и ODD/CD у детей и подростков с СДВГ важна, так как может потребоваться комбинированное вмешательство для удовлетворения потребностей детей с обоими сопутствующими заболеваниями, тогда как изолированного поведенческого вмешательства может быть достаточно для пациентов с ADHD + ANX.

Дети с СДВГ также в три-восемь раз чаще страдают депрессией, чем дети и подростки без этого расстройства [Larson et al., 2011; Yoshimasu et al., 2012], а девочки с СДВГ подвержены более высокому риску суицидальных мыслей и поведения, чем девочки без СДВГ [Chronis-Tuscano et al., 2010]. У пациентов с СДВГ депрессивные расстройства часто возникают в подростковом или юношеском возрасте [Biederman, Faraone, Mick & Lelon, 1995] и, как правило, манифестируют в зависимости от совокупного риска, связанного с нарушениями, обусловленными СДВГ, и стрессовыми событиями, во взаимодействии с генетическими рис-

ками с течением времени [Blackman, Ostrander & Herman, 2005]. Кроме того, дети с СДВГ и депрессией, по-видимому, испытывают более тяжелое и менее благоприятное течение депрессии, большую вероятность повторного возникновения депрессивных эпизодов и более значительное снижение функции, связанное с депрессией, чем пациенты с депрессией без СДВГ [Daviss, 2008]. Учитывая тяжесть СДВГ и депрессии, важно, чтобы диагносты проводили оценку обоих состояний, особенно у подростков и взрослых. Однако оценка депрессии у детей и подростков с СДВГ может быть затруднена из-за перекрывающейся презентации симптомов этих двух расстройств, а также из-за того, что привычные проверенные показатели депрессии менее полезны для выявления депрессии среди детей и подростков с СДВГ, чем среди детей без СДВГ. Недавние исследования показали, что симптомы социальной отстраненности, ангедонии, снижения когнитивной функции, суицидальных мыслей и задержки психомоторного развития в большей степени значимы у детей и подростков с коморбидными депрессивными расстройствами и без них, чем симптомы раздражительности и проблемы с концентрацией [Diler et al., 2007]. В настоящее время имеется ограниченная информация о лечении депрессии у детей и подростков с СДВГ. Действительно, нам не известно ни одного эмпирического исследования, оценивающего психосоциальное лечение СДВГ и сопутствующей депрессии. Таким образом, до тех пор, пока не появятся до-

полнительные данные, непосредственно относящиеся к этой популяции, клиницистам рекомендуется применять научно обоснованные методы лечения, специфичные для каждого расстройства.

КУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ

В данном случае значение имеют два культурных аспекта; социально-экономический статус и статус расового и/или этнического меньшинства. Что касается социально-экономического статуса, существует достаточно доказательств того, что более низкий социально-экономический статус и более высокий уровень родительского стресса связаны с более низкими показателями приверженности и более высокими показателями отказа от лечения в программах поведенческой терапии для родителей [Fernandez & Eyberg, 2009; Forehand, Middlebrook, Rogers & Steffe, 1983; Kazdin, Holland & Crowley, 1997]. Кроме того, статус родителей-одиночек связан с более низкой вероятностью зачисления в программы обучения родителей [Cunningham et al., 2000] и завершения программ обучения родителей [Kazdin & Mazurick, 1994]. Другое исследование показало, что для достижения положительных результатов лечения матери с более высоким социально-экономическим статусом нуждались в меньшем количестве учебных занятий с родителями, чем матери с более низким статусом [Wahler & Afton,

1980].

В исследовании МТА [Rieppi et al., 2002] переменные приверженности (вступление в программу и посещаемость) в значительной степени положительно коррелировали с доходом семьи, образованием родителей, статусом работы и совокупными показателями социально-экономического статуса (диапазон r от 0,13 до 0,29). В семьях с двумя родителями показатели приверженности были значительно выше, чем в семьях с одним родителем. Эти отношения были особенно сильными для семей при поведенческих и комбинированных фармакологических и поведенческих условиях лечения, демонстрируя связь между экономическими трудностями и препятствиями для участия в поведенческих методах лечения.

Эти результаты важны с учетом тесной связи между активным участием родителей в лечении (например, определяемым как выполнение домашних заданий между сессиями и внедрение нового родительского поведения) и положительной реакцией на лечение [Hinshaw et al., 2000]. Кроме того, эти результаты подразумевают, что клиницисты должны осознавать влияние социально-экономического статуса на начало процесса лечения родителями и участие родителей в дальнейшем лечении и принимать активные меры, чтобы помочь семьям преодолеть препятствия на пути к завершению лечения [Power et al., 2010].

Что касается расового и этнического статуса, считает-

ся, что показатели распространенности СДВГ среди детей и подростков, не принадлежащих к этническому меньшинству, и детей и подростков, имеющих статус меньшинства, в целом схожи, однако есть свидетельства того, что латиноамериканским детям и афроамериканским детям диагноз ставится реже, и они с меньшей вероятностью получают необходимую помощь, чем американские дети европейского происхождения [Bussing, Zima, Gary & Garvan, 2003; Rowland, Lesesne & Abramowitz, 2002]. По сравнению с другими областями исследований, связанных с СДВГ, культурным факторам, влияющим на планирование лечения и результаты, уделяется минимальное эмпирическое внимание. Тем не менее мы предлагаем выводы, основанные на текущих данных.

Во-первых, знания родителей о СДВГ и восприятие поведения, связанного с СДВГ, вероятно, влияют на предыдущую статистику. Есть некоторые свидетельства того, что существует разница в знаниях о СДВГ между родителями разных рас и социально-экономического происхождения. Например, в опросе 499 родителей учащихся начальной школы, получающих услуги специального образования, Бассинг, Шенберг и Первин (1998) обнаружили, что только 69 % родителей афроамериканцев (по сравнению с 95 % родителей американцев европейского происхождения) когда-либо слышали о СДВГ. Аналогичным образом, что касается экономического статуса, лишь 76 % семей в трех нижних группах слышали о расстройстве по сравнению с 97 % семей из двух

верхних групп. Подгруппа из 499 родителей ($n = 139$) участвовала в последующем родительском интервью. Данные интервью показали, что после проверки социально-экономического статуса, пола и статуса лечения СДВГ у ребенка афроамериканские родители были значительно менее информированы об этиологии расстройства (например, с большей вероятностью связывали расстройство с употреблением сахара или рассматривали ребенка как «плохого»; реже связывали проблему с генетическими причинами и не применяли по отношению к расстройству медицинский термин), чем американские родители европейского происхождения. Кроме того, есть некоторые свидетельства того, что афроамериканские семьи могут быть более терпимыми к поведению, связанному с СДВГ, и/или могут рассматривать такое поведение как менее проблемное [Bussing et al., 2003], чем американские родители европейского происхождения.

Поскольку признание проблемы и осознанная потребность в помощи являются критическими факторами в моделях обращения за помощью, и оба эти фактора, вероятно, находятся под влиянием социокультурных факторов [Cauce et al., 2002], Эйральди, Маццука, Кларк и Пауэр (2006) разработали переформулированную модель обращения за помощью, более специфичную для СДВГ и лучше учитывающую социокультурные факторы, которые, вероятно, приводят к неравенству в оказании медицинской помощи молодым пациентам с СДВГ. Эта модель призывает клиницистов и ис-

следователей учитывать влияние культуры на пороги распознавания проблемы, готовность обращаться за помощью, а также на важность психологического просвещения по вопросам нарушений у ребенка, поскольку последнее может помочь родителям принять более осознанное решение о лечении.

Во-вторых, для некоторых семей меньшинств, даже если они готовы обратиться за помощью, существуют множество препятствий к получению этой помощи, включая доступность услуг в местном сообществе, доступ к страхованию, наличие культурно осведомленного и двуязычного персонала, а также вероятность расовой дискриминации при оказании услуг [Alvarado & Modesto-Lowe, 2017]. Учитывая эти препятствия, клиницистам рекомендуется использовать интервью культуральной оценки (the Cultural Formulation Interview, CFI) и методику культуральной оценки (the Outline for Cultural Formulation, OCF), представленные в DSM-5, для получения информации о культурных аспектах, которая может повлиять на поведение в сфере здравоохранения. Майерс, Вандер Стоуп, Томпсон, Чжоу и Унютцер (2010) исследовали модель коллаборативного подхода к помощи специально для латиноамериканских детей и подростков с СДВГ. Предварительные результаты показывают, что модель может быть применима как в городских, так и в сельских условиях, однако исследователи использовали предварительный дизайн и не имели контрольной группы подходящих участ-

ников, получающих стандартную помощь, что исключает возможность сделать окончательные выводы об этой модели. Очевидно, что необходимы дополнительные исследования для более тщательной оценки использования этих структур и моделей для повышения вовлеченности и завершения лечения среди национальных меньшинств.

В-третьих, что касается результатов лечения, нам неизвестны какие-либо исследования, которые выявили бы сдерживающее влияние расы или этнической принадлежности на результаты лечения детей и подростков с СДВГ. В выборке МТА семьи этнических меньшинств не отличались от семей, не относящихся к меньшинствам, по вовлеченности в лечение или удовлетворенности поведенческими и лекарственными методами лечения. Более того, хотя этнические различия были обнаружены на исходном уровне в наблюдаемом родительском поведении и поведении детей [Jones et al., 2010], исследование МТА не обнаружило различий в результатах лечения по этническому признаку [Arnold et al., 2003]. Хотя культурно контекстуализированные методы лечения специфичны для расы или этнической принадлежности, они имеют интуитивную привлекательность, до тех пор, пока исследователи не определяют: 1) конкретный культурный контекст, создающий определенные факторы риска, которые необходимо учитывать в лечении; 2) культурно-специфические факторы защиты, которые необходимо использовать при лечении; 3) доказательства, что группа меньшин-

ства плохо реагирует на доказательно обоснованную практику, время, потраченное на разработку или адаптацию данного доказательного метода лечения, может быть направлено неверно.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ЛЕЧЕНИЮ

В этом разделе мы начнем с обзора типов лечения и разных вариантов условий (например, первичного звена, школ, летних лечебных программ), в которых часто предоставляется лечение детей и подростков с СДВГ. Типы лечения обычно подразделяются на медикаментозное (или фармакологическое) или психосоциальное. Фармакологические методы лечения включают медикаментозное лечение, для получения которого, как правило, требуется рецепт, а психосоциальные методы лечения часто разделяются на подгруппы в соответствии с теоретическими механизмами изменения (например, управление поведением). Следуя нашему описанию типов лечения и условий, мы критически анализируем литературу по эффективности психосоциального и фармакологического лечения детей и подростков с СДВГ. Обзоры психосоциального лечения разделены на обзоры для детей и подростков, поскольку присутствуют существенные различия между лечебной литературой для этих двух групп. Уровни доказательности для каждого метода лечения указаны в табл. 4.1. Как можно видеть, уровень доказательности неко-

торых методов лечения варьируется в зависимости от возраста ребенка или деталей лечебных процедур.

ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Управление поведением

Поведенческие подходы к лечению являются отличительной чертой лечения детей с СДВГ и включены в рекомендации по лечению детей и подростков с СДВГ всех возрастов. Управление поведением включает в себя манипулирование antecedентами поведения, а также непредвиденными обстоятельствами для подкрепления и наказания в обстановке, в которой предполагается желаемое изменение поведения [Evans et al., 2018]. Основой управления поведением являются поведенческие теории оперантного и классического обусловливания [Brems, 2002, ch. 12]. Множество нюансов этих подходов, включающих инструкции и подсказки, графики подкрепления и наказания, различия в значимости подкрепления и наказания, угасание, поведенческие цепочки и формирование поведения, участвуют в успешном применении этих теорий к изменению поведения детей.

Управление поведением является основой для поведенческого обучения родителей, управления классом и вмешательства со сверстниками [Evans et al., 2018]. Лечение

включает обучение взрослых манипулированию неподвижными объектами в целевой среде, чтобы увеличить вероятность желаемого поведения и снизить вероятность нежелательного поведения. Учителя и родители – это взрослые, которые чаще всего исполняют эту роль, тем не менее этим навыкам обучают и персонал летних терапевтических лагерей, детских стационаров и других детских учреждений интернатного типа. Одно из ограничений управления поведением состоит в том, что оно редко включает более одной среды для лечения, не распространяясь на все условия и среды жизни ребенка. Несмотря на это ограничение, управление поведением считается устоявшейся научно обоснованной практикой с большим количеством убедительных доказательств, подтверждающих ее эффективность [Evans et al., 2018].

**УРОВНИ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СДВГ**

Метод терапии	Дети (C) и/или подростки (A)	Уровень доказательности	Влияние распространенных сопутствующих заболеваний на лечение	Другие модулирующие факторы	Клинические последствия
<i>Управление поведением</i>					
Управление поведением в классе	C	Хорошо зарекомендовано	Детям с сопутствующим нарушением чтения (reading disorder, RD) требуется терапия, ориентированная на чтение. Лечение СДВГ не влияет на показатели чтения; лечение нарушения чтения не влияет на СДВГ [Tamm et al., 2019; Tannock et al., 2018]	Подавляющее большинство данных основано на работе с начальными или дошкольными классами	Результаты для детей могут варьироваться в зависимости от знаний, навыков и приверженности учителей, связанных с добросовестностью вмешательства. Многим учителям требуется постоянная поддержка консультанта для проведения качественных мероприятий в классе
Поведенческая тренировка родителей (Behavioral parent training, BPT)	C	Хорошо зарекомендовано	- Дети с сопутствующими ОВД и расстройством поведения реагируют аналогично детям без этих сопутствующих заболеваний [MTA Cooperative Group, 1999; Nissley-Tsiopinis et al., 2014]. - Применение в первую очередь для детей с сопутствующей тревогой, поскольку они особенно чувствительны к поведенческим методам лечения, включая BPT [Jensen, Hinshaw et al., 2001]	Уровень образования родителей может отражаться на BPT и другие поведенческие вмешательства [Rieppi et al., 2002]	- Некоторые исследователи обнаружили преимущества видео-конференц-связи или обучения родителей через Интернет и сообщили о положительных эффектах [Xie et al., 2013]. - Результаты зависят от участия родителей и их приверженности. Вовлеченность и результаты могут варьироваться в зависимости от особенностей родителей (например, родители-одиночки, родители с депрессией, люди с СДВГ)

Метод терапии	Дети (C) и/или подростки (A)	Уровень доказательности	Влияние распространенных сопутствующих заболеваний на лечение	Другие модулирующие факторы	Клинические последствия
Поведенческое вмешательство с участием сверстников	C	Хорошо зарекомендовано	Нет доказательств дифференцированной реакции на лечение на основании наличия сопутствующих заболеваний		Этот метод был протестирован в контролируемых условиях, таких как летняя программа лечения и другие аналогичные ситуации [Mikami et al., 2013; Pelham & Fabiano, 2008; Pelham, Fabiano, Gnagy et al., 2005], и его применение в естественных ситуациях может требовать модификаций и/или давать различные результаты
Комбинированные вмешательства по управлению поведением — дети	C	Хорошо зарекомендовано	Сопутствующие заболевания и другие характеристики, которые оказывают сдерживающее воздействие на результаты индивидуальных поведенческих методов терапии, вероятно, будут актуальными при сочетании этих методов лечения		
Поведенческая тренировка родителей (Behavioral parent training, BPT)	A	Вероятно эффективно	Существуют два исследования, в которых использовалась модификация метода BPT для подростков с СДВГ с неоднозначными результатами [Fabiano et al., 2016; Sibley et al., 2016]. На данный момент слишком мало доказательств влияния сопутствующих заболеваний или других возможных модулирующих переменных		

Метод терапии	Дети (С) и/или подростки (А)	Уровень доказательности	Влияние распространенных сопутствующих заболеваний на лечение	Другие модулирующие факторы	Клинические последствия
Поведенческая тренировка родителей (Behavioral parent training, BPT), модифицированная для конкретных групп населения	С	Экспериментальный			• Некоторые из этих модификаций обучения родителей требуют большего количества занятий, чем традиционная тренировка родителей, с тем чтобы охватить уникальные аспекты населения. • Метод тренировки родителей был модифицирован с учетом потребностей родителей с депрессией [Chronis-Tuscano et al., 2013], с СДВГ [Chronis-Tuscano et al., 2011; Jans et al., 2015] и для матерей-одиночек [Chacko et al., 2009; Rajwan et al., 2014]. Размеры выборки в этих исследованиях невелики, но для некоторых подходов сообщаются обнадеживающие результаты
<i>Трениговая терапия</i>					
Тренинг организации	С и А	Хорошо зарекомендовано	Несмотря на многочисленные исследования, некоторые с большими выборками, информация о влиянии сопутствующих расстройств и других возможных модулирующих характеристиках недостаточна		Аспекты, актуальные для комбинированных методов тренировки, применимы к тренингам организации

Метод терапии	Дети (C) и/или подростки (A)	Уровень доказательности	Влияние распространенных сопутствующих заболеваний на лечение	Другие модулирующие факторы	Клинические последствия
Комбинируемые тренинговые методы с частыми повторениями и практикой использования навыков, полезных в повседневной жизни	C и A	Вероятно эффективно			Полученные данные свидетельствуют о том, что частая практика целевых значимых навыков в течение длительного времени повышает вероятность успеха. Некоторые отмечают, что дети и подростки, настроенные против терапии или от которых не ожидается соответствия возрастным нормам (например, невыполнение домашнего задания, освобождение от групповой работы), сопротивляются и с малой вероятностью улучшат свои навыки
Биологическая обратная связь (БОС)	C и A	Возможно эффективно	Существует ограниченное количество свидетельств в пользу этого подхода [Evans, Owens & Bunford, 2014]. В результате информации о влиянии сопутствующих состояний или других характеристик на исходы недоступна		
Управление поведением					
Когнитивная тренировка	C и A	Возможно эффективный			Исследования дают неоднозначные результаты, при этом в большинстве обзоров делается вывод о том, что этот метод лечения неэффективен
Обучение социальным навыкам	C и A	Сомнительный метод			

Метод терапии	Дети (С) и/или подростки (А)	Уровень доказательности	Влияние распространенных сопутствующих заболеваний на лечение	Другие модулирующие факторы	Клинические последствия
<i>Фармакотерапия</i>					
Фармакотерапия — дети и подростки	С и А	Хорошо рекомендовано	В отношении детей школьного возраста и подростков данные свидетельствуют о том, что реакция на лекарственные препараты, в частности на стимуляторы, не зависит от сопутствующего состояния. Это включает эффективность в отношении сопутствующих проблем, таких как оппозиционное поведение, расстройства поведения и агрессия у детей с СДВГ [Pringsheim et al., 2015]. Имеются данные о том, что детям с сопутствующей тревожностью может быть полезно лечение стимуляторами от симптомов СДВГ и в меньшей степени наблюдается уменьшение симптомов тревожности [Coughlin et al., 2015]	У детей дошкольного возраста реакция на лекарства обычно несколько менее благоприятна, чем у детей старшего возраста	Последние обзоры поддерживают идеи о необходимости постоянного контроля сердечного статуса [Zito & Burcu, 2017]
<i>Другие методы лечения</i>					
Физическая активность / упражнения	С	Сомнительный метод			Исследования показывают, что эти методы вряд ли будут эффективными

Примечание. Обозначения уровня доказательности основаны на обзоре психосоциального лечения Эванса, Оуэнса, Уимбса и Рэя (2018). Они использовали стандарты, установленные Обществом клинической детской и подростковой психологии (Society for Clinical Child and Adolescent Psychology) и основанные на докладах Сильвермана и Хиншоу (2008) и целевой группы отдела 12 по психологическим вмешательствам (1996, 1998), а также из работ Чемблесса и Холлона (1998) и Чемблесса и Оллендика (2001).

Когнитивно-поведенческая терапия

Наиболее распространенные методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) разработаны для решения проблемы тревожных расстройств и негативных эффектов депрессии. Механизмы действия этого метода включают когнитивный компонент, который основан на когнитивной реструктуризации, остановке потока мыслей и оспаривании иррациональных убеждений. Конкретные шаги помогают людям научиться контролировать свои мысли, понимать их связь с эмоциями и поведением, критиковать обоснованность этих мыслей и изменять их, а также определять дисфункциональ-

ные убеждения, которые приводят к этим мыслям [Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, p. 4]. Поведенческие аспекты КПТ включают поведенческую активацию при депрессии и экспозицию при тревоге. Хотя КПТ, которая в 1980-х и начале 1990-х годов [Braswell & Bloomquist, 1991] основывалась на идее, что дети с СДВГ могут научиться останавливаться, прежде чем они начнут действовать, и думать о своем поведении, привлекала специалистов; последующая литература по когнитивной терапии позволяет полагать, что это может быть неэффективным подходом [Abikoff, 1991]. Мы выдвинули гипотезу о том, что одной из причин такого различия в эффективности КПТ у людей с тревогой или депрессией по сравнению с пациентами с СДВГ является роль, которую играют мысли в их расстройстве. Дети и подростки, страдающие тревогой или депрессией, часто думают чрезвычайно много, и их симптомы часто являются проявлением их негативного мышления. Дети и подростки с СДВГ, напротив, недостаточно много думают о своем поведении, и часто считается, что их действия происходят без должного ими рассмотрения и взвешивания мыслей. Таким образом, для людей с СДВГ мысли могут не быть центральным посредником их нарушений, как в случае с некоторыми другими расстройствами. Тем не менее некоторые современные методы лечения, которые были разработаны для подростков с СДВГ, включают элементы КПТ для устранения потенциальных сопутствующих заболеваний, а также нарушений, связанных

Метод тренировки

Терапия методом тренировки включает обучение поведению с многочисленными повторениями и регулярной обратной связью. Этот метод не связан с манипулированием непредвиденными обстоятельствами для изменения поведения или отслеживанием и критической оценкой своих мыслей. Более того, это не обучение навыку, а затем побуждение или напоминание ребенку о его использовании или работа с родителями или учителями для изменения непредвиденных обстоятельств, чтобы облегчить ребенку использование навыков. Основное внимание в тренинге уделяется обучению навыкам, а затем повторным и частым возможностям практиковаться с обратной связью (см. пример в разделе «Доказательные подходы к лечению в действии»). Оптимально обучение происходит в обстановке или близко к обстановке, в которой желаемое поведение проявляется, и практика является частой и продолжается до тех пор, пока ребенок не достигнет определенного уровня мастерства. Обучение проводится непосредственно для ребенка или подростка и не требует, чтобы взрослый был посредником в лечении. Это похоже на тренировки в спорте. Например, баскетболист отрабатывает свои удары в течение длительных периодов вре-

мени и часто получает обратную связь от тренера и других игроков. Спортсмен отрабатывает удары до тех пор, пока они не станут автоматическими, и он сможет без раздумий выполнять действия, которые приводят к удачному броску на площадке. Это эквивалентно обучению как методике лечения. Напротив, поведенческий подход к повышению результативности в баскетболе может включать в себя реализацию своего рода экономики наград во время игр, чтобы игрок зарабатывал очки/деньги за сделанные броски и терял очки/деньги за промахи. Когнитивно-поведенческий подход может включать в себя схожую экономику наряду с мониторингом и изменением автоматических мыслей, возникающих во время игры, которые могут быть связаны с разочарованием или нарушением концентрации. Все эти подходы могут быть эффективными в улучшении результатов в баскетболе, но каждый использует уникальный подход, помогающий игроку стать лучше.

Подходы к обучению обычно занимают больше времени, чем обычно доступно при оказании помощи в клинике, но они были также предоставлены в клиниках [Abikoff et al., 2013]. Например, обучение учеников средней школы с СДВГ систематизированной организации хранения школьных материалов занимает два-три месяца практики дважды в неделю, прежде чем многие подростки овладеют навыком [Evans et al., 2009]. Несмотря на то что реализация многочисленных практических занятий, направленных на изменения поведе-

ния, с обратной связью, в естественных условиях или близким к ним может встречать препятствия на пути к реализации, недавнее прямое сравнение между подходом к управлению поведением в отношении нарушений в школе и подходом к обучению показало преимущества для тренингового метода лечения по сравнению с методом поведенческой тренировки родителей. [Abikoff et al., 2013]. За 20 занятий в течение 10–12 недель дети младшего возраста либо практиковали навыки организации и рационального использования времени на занятиях, либо родители обучались тому, как реализовать домашнюю поведенческую программу и DRC. Результаты показали эквивалентное преимущество по многим показателям между этими двумя подходами, и результаты использования обоих методов лучше результатов контрольной группы. Тренинговый метод показал значительные преимущества по сравнению с методом управления поведением в соответствии с отчетами родителей о динамике трудностей с домашними заданиями. Другие результаты показывают, что с течением времени тренинговочный подход может оказывать положительное воздействие на генерализацию. Раннее исследование тренингов было уникальным в то время, поскольку в нем сообщалось об общих эффектах с течением времени при психосоциальном лечении детей и подростков [Kifer, Lewis, Green & Phillips, 1974], как и недавнее клиническое исследование программы «Вызовы горизонтов» в средней школе. Программа для учащихся

средней школы с СДВГ, описанная далее в этой главе, дала один из самых значительных результатов после лечения детей или подростков с СДВГ [Evans et al., 2016; Schultz, Evans, Langberg & Schoemann, 2017]. Повышение внимания к обучающим мероприятиям может увеличивать положительный эффект от наших психосоциальных вмешательств для детей и подростков с СДВГ и может быть все более целесообразным по мере того, как дети растут и становятся более независимыми от своих родителей.

Другой тип тренингового подхода включает в себя усилия, направленные на тренировку основных когнитивных процессов, таких как оперативная память. Программы тренировки оперативной памяти были разработаны для развития основных когнитивных процессов, влияющих на людей с СДВГ (например, дефицит оперативной памяти и исполнительных функций в отличие от мыслей). Обоснованием этого принципа стало то, что если основной дефицит оперативной памяти можно исправить, то все связанные с этим ухудшения функционирования также должны улучшиться. Эти методы были привлекательными еще и потому, что они требовали меньше времени от врача, чем обучение родителей, и возникали теоретические причины надеяться на устойчивые результаты. Наиболее широко изучаемая из этих программ – программа тренировки оперативной памяти Cogmed. Обзор Cogmed, проведенный в 2013 г., выявил незначительную эффективность метода для детей с СДВГ [Chacko et al.,

2013]. Точно так же в хорошо спланированном рандомизированном исследовании Cogmed Чакко и коллеги (2014) сообщили об отсутствии преимуществ этого способа обучения в каждой из сфер функционирования. Два других исследования Cogmed показали аналогичное отсутствие положительной динамики в любых областях нарушений [Dongen-Boosma, Vollebregt, Buitelaar & Slaats-Willemse, 2014; Steeger, Gondoli, Gibson & Morrissey, 2016]. В некоторых исследованиях Cogmed сообщается о преимуществах нейропсихологии или компьютерных тестов рабочей памяти, но ничего такого, что могло бы повлиять на дефицит функции. Существуют оценки других программ тренировки рабочей памяти, которые аналогичным образом показали отсутствие влияния на функционирование, с некоторыми неоднозначными результатами по другим параметрам, включая рейтинги симптомов [Van der Oord, Ponsioen, Geurts, Ten Brink & Prins, 2014].

Учитывая неутешительные результаты, связанные с компьютеризированной тренинговой программой обучения, некоторые исследователи изучают другие способы улучшения когнитивных функций, такие как устойчивость, избирательность, переключаемость и разделение внимания, которые требуют более активного участия клиницистов [Tamm, Epstein, Peugh, Nakonezny & Hughes, 2013] и родителей [Tamm, Epstein, Loren et al., 2019]. Результаты первых испытаний обнадеживают. Таким образом, эти новаторские под-

ходы, которые не основываются на компьютерном обучении, могут улучшить наше понимание тренинговых вмешательств, направленных на исполнительные функции.

Физическая активность

Обоснование того, что физическая активность имеет потенциальную пользу для функционирования детей с СДВГ, основывается на исследованиях, показывающих, что физическая активность улучшает характеристики мозга, которые могут в свою очередь улучшить функционирование детей с СДВГ, снижая их когнитивные дефициты, связанные с данным расстройством. Некоторые исследования продемонстрировали преимущества на небольших выборках детей с СДВГ, однако результаты были неоднозначными, а исследования имели некоторые методологические ограничения. Хоа с соавторами (2015) набрали 202 детей младшего возраста с СДВГ или с риском развития СДВГ и случайным образом распределили их в группы внешкольных занятий, ассоциированных с сидячим времяпрепровождением, или в группу активных физических занятий перед школой соответственно каждый день в течение 12 недель. Сходные результаты, сообщаемые родителями и учителями для участников обеих групп, вызвали вопросы о фактическом действии изменений в этом исследовании. Прежде чем понять потенциальную пользу физической активности для наруше-

ний, связанных с СДВГ у детей, остается ответить на большое количество вопросов.

УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Психиатрические клиники

Традиционным местом оказания психосоциальной терапевтической помощи является психиатрическая клиника. Хотя в настоящее время существуют и альтернативные условия для оказания помощи, однако лечение в психиатрических клиниках остается распространенным явлением. Терапия на базе клиник соответствует медицинской модели оказания помощи и включает преимущества по сравнению с некоторыми другими условиями с точки зрения структуры выставления счетов и хранения медицинской документации, а многие клиники предоставляют возможность семьям получать психосоциальную и фармакологическую помощь в одном и том же месте. Кроме того, большая часть исследований психосоциального лечения различных проблем, включая СДВГ, предполагала использование клинической модели оказания помощи.

Тем не менее, несмотря на сложившиеся традиции и инфраструктуру, многие дети и подростки не получают надлежащей помощи. Фактически испытания показывают, что

даже среди тех, у кого симптомы расстройства выражены в наибольшей степени, от 34 до 69 % когда-либо обращались за лечением [George, Zaheer, Kern & Evans, 2018; Zachrisson, Rödje & Mykletun, 2006], и также в исследованиях документально подтверждено, что меньшая часть всех детей, нуждающихся в помощи, обращаются за ней [Burns et al., 1995]. Исследования показывают, что среди инициирующих лечение, большая часть пациентов любого возраста преждевременно прекращает лечение, при этом 1/3 или более посещают только один сеанс, а средняя продолжительность лечения составляет три сеанса [Hansen, Lambert & Forman, 2002]. Среди наиболее частых причин отказа от терапии ребенка являются восприятие того, что лечение не действует, а также проблемы во взаимоотношениях между врачом и семьей [Stevens, Kelleher, Ward-Estes & Hayes, 2006]. Хотя ни одна из проблем не является уникальной для условий клиники, высокий уровень отказов по любой причине является ограничением для оказания медицинской помощи в клинике.

К другим ограничениям лечения на базе клиники относятся традиционное соблюдение 50-минутного сеанса, ограничение оплачиваемой деятельности, еженедельные встречи и стигма, связанная с посещением психиатрической клиники. Многие методы являются частью новых подходов к лечению, которые ставят под сомнение оправданность еженедельных 50-минутных сеансов, в том числе при экспозици-

онной терапии для терапии тревоги, обучения родителей и учителей управлению поведением и обучающих мероприятий для детей и подростков с СДВГ. Сеансы терапии могут длиться более часа, а короткие встречи, которые происходят чаще одного раза в неделю, могут принести пользу родителям и их детям, которые таким образом осваивают новые навыки эффективнее, чем за один раз в неделю. Консультации с учителями и другими взрослыми, осуществляющими уход, наблюдения в школе, а также проверка образовательной или медицинской документации часто не оплачиваются, но могут помочь в лечении детей. Кроме того, в модели на базе клиники детям и большинству подростков необходимо участие родителей, чтобы начать и продолжать лечение, в первую очередь из-за затрат и вопросов транспортировки. Это ограничивает количество детей, получающих помощь, но дает врачам в клиниках возможность постоянно привлекать родителей к лечению. Наконец, стигма, связанная с наличием психических расстройств или обращением за помощью в связи с проблемами психического здоровья, не позволяет некоторым людям получить доступ к медицинской помощи.

Несмотря на эти ограничения, многие родители предпочитают посещать клиники для получения помощи и сообщать о преимуществах, связанных с большей конфиденциальностью и качеством, чем в некоторых других условиях [Evans, 1999]. Более того, это может быть наиболее распро-

страненное место для обращения к специалистам, поскольку врачи и школьный персонал часто направляют детей с эмоциональными и поведенческими проблемами в клиники. Наконец, большая часть исследований по разработке и оценке лечения детей с СДВГ, а также со многими другими расстройствами проводятся на базах организаций, предназначенных для оказания медицинских услуг. В результате такой акцент исследований терапии на базе клиник очевиден в обзоре ниже.

Медицинские клиники первичного звена

Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP) подтверждает, что первичная медико-санитарная помощь играет важную роль в оценке состояния и оказания помощи детям и подросткам с СДВГ. В ходе опроса поставщики первичной медико-санитарной помощи (Primary Care Provider, PCP) подтвердили, что оценка и лечение СДВГ в целом входят в сферу их практики, хотя часто следовать некоторым рекомендуемым практикам оказывается невозможным, таким как сбор информации из школы, сотрудничество со школой и специалистами в области психического здоровья, а также получение необходимых психиатрической помощи для своих пациентов. Проблемы с оказанием помощи детям с СДВГ кажутся более серьезными в городских условиях, чем в сельской местности [Power,

Рекомендации по практике оказания медицинской помощи в условиях первичного звена

ААР предлагает рекомендации по терапии, основанные на уровне развития ребенка. Они рекомендуют начинать лечение с поведенческой терапии для дошкольников, использовать комбинированно или отдельно подход фармакологического и поведенческого вмешательства для детей школьного возраста и применять фармакологический и предпочтительно комбинированный подход к подросткам. ААР в рамках сотрудничества со специалистами в области здравоохранения и психического здоровья предоставила комплект материалов, который очень полезен для оценки и лечения СДВГ (www.nichq.org/childrens-health/adhd/resources/adhd-toolkit) и соответствует большинству последних рекомендаций ААР. Этот комплект включает в себя оценочные шкалы для родителей и учителей для оценки симптомов СДВГ и связанных с ним нарушений, а также сопутствующих состояний, формуляры для мониторинга желательных эффектов и побочных эффектов лекарств, образовательные раздаточные материалы для родителей и рекомендации по предложению кратких поведенческих вмешательств.

Как указано в рекомендациях ААР, были выявлены мно-

гочисленные препятствия на пути внедрения научно обоснованных практик терапии СДВГ в условиях учреждений первичного звена.

Во-первых, для решения проблемы роста затрат на медицинское обслуживание и снижения ставок возмещения затрат, высокие уровни клинической продуктивности обычно предполагают, чтобы лечащие врачи существенно ограничивали время, проводимое с каждым пациентом и с каждой семьей. Таким образом, лечащий врач, как правило, располагает лишь ограниченным временем для оценки СДВГ и сопутствующих состояний, обучения семей и сотрудничества со школой и специалистами в области психического здоровья [Power, Blum, Guevara, Jones & Leslie, 2013].

Во-вторых, лечащим врачам часто не хватает подготовки, чтобы оценивать психические симптомы, предоставлять информацию родителям о потенциальных преимуществах поведенческих вмешательств и обеспечивать эффективное психообразование семей касательно проблем в школе. В результате лечащие врачи могут ограничить свои роли оценкой состояния использованием оценочных шкал для родителей, семейным обучением, предоставлением раздаточных материалов, и участвовать в лечении, только предлагая рецепт на лекарства [Leslie & Wolraich, 2007].

В-третьих, поставщики медицинских услуг, специалисты в области психического здоровья и преподаватели различаются по своей подготовке, концептуальным моделям и язы-

ку, используемому для описания подобных конструкций. Эти различия могут способствовать трудностям в общении и в некоторых случаях недоверию к профессионалам, работающим в других системах [Leslie, Weckerly, Plemmons, Landsverk & Eastman, 2004].

В-четвертых, законы о конфиденциальности, такие как Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и Закон о правах семьи на образование и конфиденциальность (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA), как правило, требуют письменного разрешения от семей на обмен информацией между специалистами, работающими в разных ведомствах.

Хотя эти правила служат важными гарантиями защиты детей, они создают проблемы для эффективного межпрофессионального сотрудничества по оказанию помощи детям с СДВГ, многие из которых имеют очень сложные потребности в области психического здоровья и обучения.

Методы содействия осуществлению ординированной медицинской помощи

Основной проблемой при оказании медицинской помощи детям с СДВГ в системе первичной медико-санитарной помощи является координация усилий специалистов, работающих в нескольких разных системах. Системы помощи, осо-

бенно в городских и сельских районах с низким доходом, сильно разобщены [Guevara et al., 2005], что может поставить родителей в трудное положение, когда им приходится координировать услуги между ведомствами и профессионалами. Была предложена многоуровневая модель для развития сотрудничества между системами помощи для детей с СДВГ и другими психическими заболеваниями.

Универсальные подходы уровня 1. На универсальном уровне для содействия эффективному обмену информацией между ведомствами были разработаны интернет-системы, чтобы помочь в лечении СДВГ. Практически все эти системы помогают клиницистам получать, оценивать и интерпретировать оценочные шкалы родителей и учителей для целей первоначальной оценки и постоянного мониторинга результатов [Epstein et al., 2011; Power et al., 2016]. Большинство систем также включают ссылки на раздаточные материалы, которые обеспечивают образование для родителей и преподавателей. Кроме того, некоторые из этих систем облегчают обмен информацией между родителями и преподавателями при наличии соответствующих разрешений на обмен частной информацией о пациентах. Эти системы, вероятно, наиболее полезны и эффективны в использовании, когда они связаны с электронной медицинской историей болезни, так что медицинским работникам не приходится переключаться между несколькими электронными информационными системами [Power et al., 2016]. Эти системы были включены

в проекты повышения качества оказания помощи, которые привели к более широкому внедрению рекомендаций ААР, в частности, связанных с использованием рейтинговых шкал родителей и учителей для оценки СДВГ [Epstein, Langberg, Lichtenstein, Kolb & Simon, 2013].

Селективные подходы уровня 2. Для многих детей с СДВГ обмена информацией с использованием интернет-систем недостаточно для координации медицинской помощи и достижения успешных результатов. В этих случаях может оказаться эффективным подход с вовлечением специализированного координатора по уходу. Этот подход подразумевает назначение профессионала для содействия сотрудничеству в рамках систем медицинской помощи. Координатор медицинской помощи, который имеет степень магистра или бакалавра в области медсестринского дела, социальной деятельности, образования или смежных дисциплин, оказывает поддержку семьям в координации коммуникаций между системами помощи. Координатор медицинской помощи способствует совместному принятию решений семьями, поставщиками медицинской помощи и школьными специалистами для разработки планов терапии и изменения стратегий в ответ на медицинское вмешательство. Координатор медицинской помощи поддерживает постоянный контакт с семьями по телефону или с помощью текстовых сообщений, чтобы обучать, помогать в решении проблем, направлять к специалистам, когда это необходимо, и оказывать поддержку

в проведении тех или иных мероприятий. Точно так же координатор медицинской помощи поддерживает контакт с лечащими врачами, учителями и поставщиками психиатрической помощи, чтобы отслеживать прогресс, сообщать о возникающих проблемах и содействовать совместному решению проблем. Эта модель, первоначально разработанная для облегчения сотрудничества при лечении взрослых пациентов с депрессией, оказалась осуществимой и потенциально эффективной [Gilbody, Bower, Fletcher, Richards & Sutton, 2006]. Хотя исследования с использованием этой стратегии с семьями, которые сталкиваются с проблемами психического здоровья детей, включая СДВГ, только начинают появляться [Power et al., 2013]; этот подход, по всей видимости, имеет многообещающие перспективы.

Номинальные подходы уровня 3. В некоторых случаях доступ к медицинской помощи и координация между системами очень сложны и могут являться препятствием на пути к достижению благоприятных результатов. В этих случаях семьям достаточно трудно получить доступ к доказательным поведенческим вмешательствам для семьи, и содействия координатора медицинской помощи может быть недостаточно для установления межсистемного сотрудничества. Для решения проблем с доступом к психиатрической помощи и координации между ведомствами, особенно с системами здравоохранения и охраны психического здоровья, появились модели интегрированной первичной медико-санитарной по-

мощи, которые в настоящее время получают все большее распространение. «Интегрированная первичная медико-санитарная помощь» означает координацию усилий поставщиков медицинской и психиатрической помощи в диапазоне от совместной практики, которая предполагает минимальное межпрофессиональное сотрудничество, до полностью интегрированной практики, включая тесное сотрудничество в одной клинике, обслуживая многих пациентов одновременно или последовательно [Collins, Hewson, Munger & Wade, 2010]. Было продемонстрировано, что модели интегрированной помощи эффективны при лечении детей с СДВГ, проблемами агрессивного поведения и тревожностью [Kolko et al., 2014], а также с подростковой депрессией [Richardson et al., 2014].

Хотя эти модели интегрированной помощи кажутся осуществимыми и эффективными, есть одно ограничение, заключающееся в том, что они не сосредотачиваются на сотрудничестве со школой с целью поощрения внедрения поведенческих вмешательств в классе. В ответ на это ограничение была разработана «Партнерская программа для достижения успеха в школе» (Partnering to Achieve School Success, PASS). Эта программа была разработана для внедрения в городскую практику первичной медицинской помощи семьям с низким доходом. Подобно другим моделям интегрированной помощи, PASS обеспечивает поведенческие тренинги и групповую терапию для помощи в совместном принятии ре-

шений и корректировке медикаментозной терапии [Power et al., 2014]. Уникальность этой программы заключается в том, что в нее включены стратегии взаимодействия с семьей для улучшения посещаемости и соблюдения стратегий воспитания, а также помощь с учетом травм, принимающая во внимание повышенный риск травм и продолжительный стресс, испытываемый детьми и семьями, проживающими в районах с низким уровнем дохода.

Учитывая растущее внимание к интегрированной медицинской помощи в целом и к помощи в отношении психического здоровья в частности, практика первичной медико-санитарной помощи стала очень многообещающей площадкой для оказания помощи детям и подросткам с СДВГ. Тем не менее эта работа сопряжена с многочисленными проблемами, включая правила конфиденциальности, которые могут затруднить общение врачей, родителей и учителей; технические проблемы, которые создают препятствия для внедрения веб-систем в практику; финансовые опасения по поводу покрытия расходов на координаторов медицинской помощи; и отсутствие исследований по предоставлению помощи подросткам с СДВГ в контексте первичного медицинского звена.

Школы

Интеграция систем охраны психического здоровья и обра-

зования имеет долгую историю, восходящую к работе медсестер начальных классов, а затем и к школьным медицинским центрам [Weist et al., 2017]. Обоснование того, что школы являются местом оказания помощи в области психического здоровья, заключается в том, что эмоциональные и поведенческие проблемы детей ограничивают способность учителей адекватно обучать многих учеников. Таким образом, решая эти проблемы, школьные специалисты могут эффективнее достигать своих образовательных целей. Решение эмоциональных и поведенческих проблем путем направления во внешние агентства не в полной мере отвечает потребностям учащихся, поскольку большая часть из них так и не обращаются за помощью и не получают ее [George et al., 2018]. Кроме того, направление учащегося к кому-либо в сообществе с образованием, эквивалентным образованию персонала школ (консультанты со степенью магистра или социальные работники), и знание того, что учащийся вряд ли обратится за социальной помощью или, даже если обратиться, не станет продолжать получать ее, не кажется эффективным подходом. В результате за последние 30 лет школы все чаще рассматриваются как место оказания психиатрических услуг либо уже работающим в школе персоналом, либо местными специалистами по психическому здоровью, которые часть своего рабочего времени проводят в школе. Действительно, на национальном уровне прозвучали призывы к действиям по усилению интеграции служб охраны психического здоро-

вья и образования (например, Президентская комиссия по охране психического здоровья «Новая свобода» 2003 г.) и соответствующих исследований. Таким образом, школьные методы лечения были разработаны для учащихся с различными эмоциональными и поведенческими проблемами (например, дети с травмой) [Jaycox, Langley & Dean, 2009], а также многие методы лечения, описанные в этой главе, для детей и подростков с СДВГ.

Многие потенциальные преимущества организации помощи на базе школы включают в себя возможности прибегать к общению с учителями, которые ежедневно работают с учениками, наблюдению за учениками в сложных социальных и академических условиях, способствовать ученикам при столкновении с проблемами развивать копинговые стратегии в контексте, где эти проблемы возникают, а также наблюдать, как учителя осуществляют поведенческие вмешательства в классе. Эти наблюдения предоставляют клиницистам обратную связь о наиболее серьезных проблемах учащихся и о целесообразности тех или иных подходов к лечению. Эти преимущества внедрения и оценки могут повысить эффективность при надлежащем использовании. У школ, как у центров оказания помощи, есть также недостатки, в том числе опасения по поводу конфиденциальности и согласия [Evans, 1999], а также возможности интеграции помощи в школьное расписание.

Примерно с 2005 г. большинство школ перешло на ис-

пользование многоуровневой структуры для поддержки и оказания помощи учащимся. Это предназначено для того, чтобы позволить учащемуся сначала получить наименее интенсивное вмешательство в наименее ограничивающей среде (часто называемое уровнем 1) и перейти на более интенсивный уровень (например, целевое вмешательство или специальное обучение, которые часто определяют как уровень 2 и уровень 3, соответственно) только если более низкий уровень недостаточен для удовлетворения потребностей ребенка. Общая система координации помощи для учащихся с эмоциональными или поведенческими проблемами сосредоточена вокруг «детской учебной команды». Эта команда носит разные имена в школьных округах и часто включает учителей (общего и специального образования), школьных специалистов в области психического здоровья (например, консультантов, школьного психолога, школьного социального работника, специалиста по поведению) и администраторов. Состав команды сильно различается в зависимости от школы. Ниже приводится базовое описание процесса, используемого такими командами. Учителям предлагается посещать собрание команды, если они думают, что у них есть ученик с эмоциональными или поведенческими проблемами (а также с проблемами обучения). Члены группы дают учителю рекомендации уровня 1 и уровня 2, которые могут быть предоставлены в условиях общего образования, и предлагают идеи о том, как измерить реакцию ученика на рекоменду-

емые методы. Примеры стратегий уровня 1 включают в себя изменение учителями работы в классе (например, похвалу, персонализированные приветствия, использование правил и эффективное реагирование на нарушения правил) и более тесное общение с родителями. Примеры стратегий уровня 2 включают индивидуальный поведенческий контракт или DRC, зачисление учащегося в группу обучения/поддержки в школе или репетиторство. Учитель может повторно обратиться за помощью к исследовательской команде, если ответ ученика неадекватен, и получить дополнительные рекомендации, а также направить ученика на консультацию к специалисту для оценки состояния. Целью оценки обычно является определение характера эмоциональных и поведенческих проблем, а также степени, в которой они могут мешать обучению учащегося.

После завершения оценки собирается отдельная мультидисциплинарная группа; она включает родителей и может привлекать некоторых из членов детской исследовательской группы и других специалистов. Цель встречи этой группы – рассмотреть результаты оценки в отношении проблем учителей, родителей и других лиц и определить, имеет ли учащийся право на услуги специального образования или «план 504»². Учащийся может иметь право на получение одной

² «План 504» относится к разделу Американского закона о защите прав граждан с ограниченными возможностями, специфичному для защиты прав учащихся с СДВГ.

или другой из этих услуг, обоих планов или ни одного, в зависимости от государственных и местных версий федеральных критериев для этих услуг. Если ребенок имеет право на любую из них, подготовленный план обслуживания представляет собой индивидуальную образовательную программу (Individualized Education Program, IEP) или «план 504». Медицинская помощь при эмоциональных и поведенческих проблемах у учащихся может быть включена в любой из этих планов и часто считается вмешательством уровня 3. Более того, если учащийся не имеет права на специальное образование или «план 504», команда все же может назначить школьные услуги уровня 3 для удовлетворения эмоциональных и поведенческих потребностей учащегося. Кроме того, в рамках этих процедур студентов могут направить в общественные службы для дальнейшей помощи.

Есть много дополнительных деталей, относящихся к этому процессу, и для некоторых детей он может стать более сложным, чем тот, что мы описываем здесь. Подробное описание прав и процедур для родителей обычно доступно на интернет-страницах государственных департаментов образования, и школьные округа часто имеют свои собственные местные версии этой информации. Кроме того, общественные поставщики таких услуг из благих намерений часто и без необходимости усложняют этот процесс многочисленными консультациями. Это может привести к задержкам реализации помощи, которые могут стать неоптимальными.

Существуют руководства по консультациям со школьными профессионалами, которые могут помочь местным специалистам усовершенствовать этот процесс [Zoromski, Evans, Gahagan, Serrano & Holdaway, 2015].

Летняя лечебная программа

Летняя программа лечения (Summer Treatment Program, STP) была первоначально разработана Уильямом Пелхамом в Университете штата Флорида в 1980 г. [Pelham, Fabiano, Gnagy et al., 2005], и с тех пор она расширилась и включает более чем 15 центров в США и Японии. STP была разработана, чтобы объединить несколько эмпирически подтвержденных методов лечения СДВГ в условиях лагеря для пациентов младшего школьного возраста. В 1990-х годах была разработана подростковая версия [STP-A; Evans & Pelham, 1991], а в последние годы модель была расширена за счет включения дошкольников [Graziano, Slave, Hart, Garcia & Pelham, 2014], а также других групп населения, таких как дети с СДВГ и сопутствующими расстройствами аутистического спектра. Как описано на веб-сайте разработчиков, STP проходила клинические испытания, финансируемые Национальным институтом психического здоровья (включая МТА), и была названа Американской психологической ассоциацией и Отделом профилактики злоупотребления психоактивными веществами и психических заболеваний (SAMHSA) «Модельной про-

граммой психического здоровья детей и семьи».

STP основана на социальном обучении и предназначена для устранения нарушений во многих сферах, включая поведенческое функционирование, отношения со сверстниками, взаимодействие родителей и детей, академические достижения и спортивные навыки. Дети посещают лагерь по 9 часов в день в течение восьми недель. Каждый день дети занимаются спортивными упражнениями и играми, посещают творческие художественные классы и участвуют в занятиях в академическом учебном центре. Поведение ребенка формируется с использованием нескольких вмешательств по управлению непредвиденными обстоятельствами, включая интенсивную систему баллов, социальное вознаграждение и общественное признание, моделирование поведения, теплоту и позитивность взрослых, системы соотношения реагирования и затрат, процедуры тайм-аута, обучение социальным навыкам, совместные групповые задачи, обучение навыкам решения проблем, а также интенсивные тренировки и спортивные упражнения. Кроме того, многие дети участвуют в оценке приема лекарств, в которой лекарственные препараты титруются до уровня, обеспечивающего улучшение поведения без побочных эффектов. Данные о реакции ребенка на балльную систему собираются ежедневно, и, если этой программы недостаточно для решения проблем поведения ребенка, добавляется индивидуальный DRC. Наконец, по вечерам родителей приглашают на еженедельную программу

поведенческого воспитания.

В версии STP для подростков (STP-A) компоненты лечения были адаптированы с учетом соответствующих возрасту областей жизнедеятельности, которые особенно важны для подростков, страдающих трудностями устойчивости внимания, систематизации информации и материалов, а также в планировании. В результате вмешательства проводятся в контексте групповых проектов, рабочих условий и аналоговых классов средней школы. Большинство вмешательств для подростков оставались стабильными с момента первоначальной разработки, хотя вмешательства, ориентированные на родителей, были усовершенствованы.

На протяжении десятилетий STP обеспечивала хорошо контролируемую среду для абсолютной и относительной эффективности методов лечения и/или их компонентов. Несомненно, бесчисленные публикации на эту тему значительно повлияли на состояние науки о лечении детей и подростков с СДВГ. Однако, поскольку STP представляет собой смоделированную среду (например, академический класс является моделью реальной классной комнаты ребенка), результаты, полученные из этого контекста (например, как в исследовании, описанном ниже), требуют тестирования в настоящем классе ребенка, спортивной команде и т. д. Кроме того, несмотря на то что сотрудники STP оказали помощь тысячам детей на протяжении многих лет и с документально подтвержденными преимуществами, никогда не было организо-

вано исследования, сравнивающего STP с другими методами лечения для сравнения для оценки отдаленных результатов и последствий после лечения и последующего наблюдения.

Психосоциальные методы лечения детей

Раньше считалось, что дети с СДВГ перерастают это расстройство в период полового созревания. В результате исследования по разработке и оценке лечения, ориентированные на детей, начались гораздо раньше, чем для других возрастных групп. Основное внимание уделялось поведению дома и в школе, а лечение основывалось на поведенческой терапии.

Клинические методы лечения

Наиболее эффективным психосоциальным лечением детей с СДВГ в клинических условиях является поведенческий тренинг для родителей (ВРТ). Программы ВРТ предназначены для того, чтобы помочь родителям понять СДВГ и деструктивное поведение, а также освоить навыки, которые эффективны для уменьшения деструктивного поведения и повышения комплаентности ребенка и формированию позитивных отношений между родителями и детьми. Программы обычно включают от восьми до 12 групповых занятий, посвященных темам похвалы / положительного подкрепления, использованию эффективных инструкций, тайм-аутов

при неподчинении и агрессии, установлению домашних правил, использованию символической экономии и систем реагирования на затраты, а также техник по решению проблем в будущих задачах. В 1998 г. Пелхам и его коллеги провели первый всесторонний обзор психосоциального лечения детей с СДВГ. В этом обзоре ВРТ соответствовал критериям «вероятно эффективного» лечения СДВГ. В 2008 г. Пелхам и Фабиано представили новую информацию, проанализировав 22 новых исследования ВРТ, и пришли к выводу, что ВРТ соответствует критериям хорошо зарекомендовавшего себя метода лечения СДВГ. В 2014 г. Эванс, Оуэнс и Банфорд представили обновленные сведения, рассмотрев шесть новых исследований, оценивающих ВРТ, и подтвердили, что ВРТ является хорошо зарекомендовавшим себя методом лечения СДВГ, что Эванс и его коллеги повторили снова в обзоре 2018 г. Кроме того, в относительно недавнем обзоре, посвященном ВРТ у детей дошкольного возраста с риском СДВГ, Чарак с соавторами (2013) пришли к выводу, что ВРТ эффективен для этой группы населения, и не выявили побочных эффектов. Таким образом, существует долгая история оценки ВРТ для детей дошкольного и младшего школьного возраста с СДВГ, при постоянной поддержке его эффективности в этой группе населения.

В большинстве исследований программ ВРТ использовались отчеты родителей о симптомах СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства и/или улучшении родитель-

ских навыков (оцениваемых посредством самоотчета или наблюдения), а также самоэффективности или родительской компетентности. Исторически эти переменные исходо- в рассматривались как достаточные для определения ВРТ, как доказательного метода лечения. Однако в последние го- ды эта совокупность доказательств стала предметом более пристального изучения с признанием того, что родители не неопытны в отношении статуса вмешательства ребенка [Sonuga-Barke et al., 2013]. Кроме того, высказывались опа- сения, что программы ВРТ более эффективны для улучше- ния симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения, чем для уменьшения симптомов СДВГ [Abikoff et al., 2015; Barkley, 2016]. Наконец, на про- тяжении всей истории изучения ВРТ присутствовала озабо- ченность по поводу низкой посещаемости родителями сес- сий [Cunningham et al., 2000] и непостоянного выполнения родителями межсессионных заданий при наличии доказа- тельств положительного соотношения «дозы» и результата [Hanisch et al., 2010]. Таким образом, исследования за по- следнее десятилетие изучали один или несколько из следу- ющих вопросов: исходы у «наивных» оценщиков, влияние на симптомы СДВГ по сравнению с симптомами оппозици- онно-вызывающего расстройства и расстройства поведения, модификации для повышения приверженности родителей и/ или исходы среди труднодоступных групп населения и ре- зультаты последовательного применения ВРТ до или после

приема лекарств. Ниже мы выделяем некоторые из недавних требующих вдумчивого отношения исследований, которые повлияли на состояние науки о ВРТ.

Абикиов с соавторами (2015) стремились изучить результаты программы для родителей в Нью-Форест (New Forest Parenting Package, NFPP), которая была разработана специально для решения проблемы СДВГ и лежащего в его основе дефицита саморегулирования, по сравнению с установленной программой ВРТ, в которой более широкий акцент делается на деструктивной деятельности и непослушании (например, Helping the Noncompliant Child, HNC, = «Помощь непослушным детям»). Кроме того, исследователи получили оценки симптомов СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства от родителей, врачей и учителей (которые не знали о расстройстве и не принимали участия в лечении ребенка), а также лабораторные показатели возможности отсроченной gratification и особенностей поведения при выполнении задания. Родительские оценки и оценки клиницистов указали на улучшение симптомов СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства в зависимости от обеих программ воспитания по сравнению с результатами контрольной группы после лечения; эффекты для родительских оценок (но не клинических оценок) сохранялись при последующей оценке. Однако ни учитель, ни лаборатория не смогли выявить эффекты лечения ни в какой временной точке. Между двумя родительскими группами наблюдались

небольшие различия, а когда наблюдались различия, преимущества были в пользу программы «Помощь непослушным детям» (HNC).

Сильные стороны исследования Абикова и его коллег (2015) включают рандомизацию, использование оценок учителей, не знающих о статусе лечения, а также включение оценок как сразу после терапии, так и отсроченных результатов. Учитывая, что родительские оценки улучшения, сохраненные в течение периода последующего наблюдения, предполагают, что воспринимаемые улучшения сохранялись и были значимыми в домашних условиях. Однако такие улучшения не были распространены на школьную обстановку. Таким образом, как продемонстрировали Пфффер и его коллеги (2014), для детей с СДВГ лечение должно проводиться в условиях желаемых изменений и/или необходима дополнительная работа, чтобы определить, как получить целостность результатов в разных условиях. Более того, предполагаемая специфика программы для родителей в Нью-Форест (New Forest Parenting Package, NFPP) не была реализована. Таким образом, на сегодняшний день нет достаточных доказательств того, что ВРТ должно быть специфичным для того или иного расстройства (т. е. конкретно для СДВГ, оппозиционно-вызывающего расстройства или расстройств поведения).

Вторым направлением последних исследований по оценке ВРТ является изучение усовершенствований, направленных

ных на определенные группы населения. Важно отметить, что эти усовершенствования сохраняют основное содержание и механизмы терапии традиционных программ ВРТ, но модифицируются, чтобы вовлечь труднодоступные группы населения или популяции с особыми препятствиями на пути к осуществлению лечения. Фабиано и его коллеги (2012, 2009) разработали модифицированную программу ВРТ для лучшего взаимодействия с отцами (Coaching Our Acting Out Children: Hepting Essential Skills, COACH-ES, = «Программа занятий со вспыльчивыми детьми – необходимые навыки»). Чако и его коллеги (2012) разработали модифицированную программу ВРТ для более активного вовлечения матерей-одиночек (Strategies to Enhance Positive Parenting = «Стратегии укрепления позитивного воспитания»).

Хронис-Тускано и его коллеги (2013) разработали программу, которая объединяет когнитивно-поведенческое лечение депрессии в традиционную программу ВРТ для страдающих депрессией матерей детей с СДВГ. С помощью этих программ исследователи обнаружили значительные улучшения в поведении и воспитании детей по сравнению с детьми из контрольных групп [Chacko et al., 2009; Fabiano et al., 2012] и/или результатами, которые были сопоставимы с применением традиционного ВРТ [Fabiano, Chacko et al., 2009] или лучше, чем результаты [Chacko et al., 2009; Chronis-Tuscano et al., 2013; Rajwan et al., 2014], которые достигаются с помощью применения традиционного ВРТ.

В совокупности эти исследования показывают, что адаптация традиционного метода ВРТ может лучше вовлекать людей, которым традиционные программы ВРТ не могут помочь в достаточной мере.

Тем не менее некоторые из этих исследований позволяют сделать два важных вывода.

Во-первых, не все семьи в рамках данной категории риска (например, матери-одиночки) сталкиваются с препятствиями для участия в лечении [Rajwan et al., 2014]. Таким образом, препятствия для участия в лечении необходимо оценивать на индивидуальном уровне, чтобы определить, оправдана ли традиционная или модифицированная программа ВРТ, а не применять модифицированную программу ВРТ к целой категории людей.

Во-вторых, в ранее описанных исследованиях наблюдаются низкие показатели выздоровления (менее 20 %) в отношении поведения детей, что позволяет предположить, что необходимы дополнительные исследования, чтобы понять дозировку или продолжительность лечения, которые необходимы для значительного изменения траектории развития детей с СДВГ.

Менее многообещающими являются результаты исследования Янса и его коллег (2015), изучавших влияние лечения СДВГ у матери на ребенка. Диады «мать-ребенок» были случайным образом распределены в группу мультимодального лечения (12 недель психотерапии + открытое лече-

ние метилфенидатом с последующим индивидуальным тренингом родителей и детей) или контрольную группу (только 12 недель поддерживающего консультирования). Хотя матери в мультимодальной группе испытали значительное уменьшение собственных симптомов СДВГ, не было различий между группами лечения по результатам у детей (ни в кривой зависимости эффекта от назначенного лечения, ни в анализе чувствительности). Таким образом, хотя влияние лечения материнской депрессии на ребенка может быть многообещающим [Chronis-Tuscano et al., 2013], лечение СДВГ у матерей для облегчения симптомов СДВГ у ребенка может быть более сложной задачей [Chronis-Tuscano et al., 2011; Jans et al., 2015].

По мере того как исследователи продолжают изучать модификации, направленные на улучшение вовлеченности и удовлетворение уникальных потребностей разнородной группы родителей, важно признать появление новых исследований о предпочтениях родителей в отношении методов лечения. Фикс, Мейн, ДеБартоло, Пауэр и Гевара (2013) обнаружили, что у родителей с разными целями (например, академическая успеваемость или соответствие поведенческим нормам) были разные модели начала лечения (медикаментозное лечение и ВРТ, соответственно). Точно так же Уошбах с соавторами (2011) задокументировали, что большая часть обращающихся за лечением родителей (70 %) предпочитают избегать приема лекарств. Кроме того, в недав-

нем исследовании предпочтений родителей, обращающихся за психиатрическими услугами для детей из группы риска по СДВГ [Wymbs et al., 2016], большинство родителей (59 %) сообщили о предпочтении индивидуального ВРТ перед групповым ВРТ, а также значительное меньшинство (20 %) родителей (с наиболее тяжелыми уровнями родительской депрессии и симптомов у детей) на самом деле предпочитали минимальное участие в лечении. Поскольку эти два предпочтения (индивидуальное ВРТ и отсутствие участия в лечении) не очень хорошо согласуются с рекомендациями по лечению, вытекающими из ранее описанной литературы (а именно данные подтверждают, что активное участие родителей; групповое ВРТ является возможным и эффективным методом помощи детям и позволяет охватить наибольшее количество нуждающихся семей), перед исследователями и практиками стоит серьезная задача по достижению баланса между предпочтениями родителей и обеспечением рентабельных доказательных методов лечения.

Третья область исследования ВРТ сосредоточена на вопросах, связанных с результатами ВРТ при использовании до или после фармакологического лечения СДВГ. Используя адаптивный план лечения, Пелхам и его коллеги (2016) случайным образом распределили детей (в возрасте от пяти до 12 лет) на группы для получения одного из двух вмешательств с «низкой дозой»: группу ВРТ (с тремя консультациями учителя для создания DRC) или в группу, получавшую

терапию метилфенидатом прологнированного действия. Через восемь недель пациентам с недостаточной реакцией на первый метод терапии случайным образом назначали либо противоположную схему терапии, либо большее количество и частоту сеансов первого лечения. В этом разделе (т. е. в разделе, посвященном ВРТ) мы сосредотачиваемся на начальных восьминедельных результатах, потому что они показывают относительное влияние применения ВРТ или лекарственной терапии в качестве метода лечения первого выбора. Что касается поведенческих результатов в школе, дети, получающие ВРТ, демонстрировали значительно меньшее количество нарушений правил в классе в час и дисциплинарных мер вне школы в год, чем дети, получающие лекарства. Однако разница в рейтинговых оценках родителей и учителей была незначительной. Кроме того, лишь небольшой процент учащихся (менее 35 %) достиг «нормализации» (определяемой как средний балл 1,0 [немного] по оценке СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства родителями и учителем; рассматривается отдельно) после восьминедельного терапевтического вмешательства ВРТ. Эти результаты показывают, что для некоторых детей низкое число и частота сеансов для модификации поведения может привести к значимым результатам в школе, превосходящим результаты, которые достигаются с помощью лекарств. Однако большинству детей с СДВГ требуется вмешательство, выходящее за рамки этой низкой «дозы». Это исследование также

подчеркивает перспективность использования методологии адаптивного дизайна для ответа на важные вопросы, связанные с принятием решения о лечении детей с СДВГ. Результаты четырех последовательностей адаптивного дизайна лечения описаны в разделе, посвященном комбинированному вмешательству, поскольку вторая «доза» модификации поведения считается комбинированным подходом к лечению (включающим домашние и школьные вмешательства).

Терапия на базе школы

Подобно ВРТ, существует обширная научная поддержка эффективности ряда поведенческих вмешательств в классе, направленных на сокращение невнимательности и деструктивного поведения, а также на улучшение успеваемости детей с СДВГ или детей, находящихся в группе риска [DuPaul & Eckert, 1997; Fabiano, Pelham et al., 2009]. Эти вмешательства включают универсальные стратегии, такие как использование учителями похвалы и дифференцированного поощрения, эффективные инструкции, правила поведения в классе, распорядок и структура, соответствующая реакция на нарушения правил [Epstein, Atkins, Cullinan, Kutash & Weaver, 2008; Hart et al., 2017] и целевых мероприятий, таких как программы реагирования на затраты и DRC [Fabiano & Pelham, 2003; Owens et al., 2012; Volpe & Fabiano, 2013].

Недавние исследования документально подтверждают,

что учителя начальной школы чаще сообщают об использовании универсальных стратегий, чем целевых [Hart et al., 2017], и что наблюдаемое за учителями использование этих универсальных стратегий может различаться в зависимости от класса и/или для начальных и средних классов [Owens et al., 2018]. Исследование Оуэнса, Эванса и его коллег – одно из первых, в котором задокументирована прямая связь между использованием учителями универсальных стратегий (например, похвалы, эффективные инструкции и надлежащая реакция на нарушения правил) и нарушениями правил (в масштабах всего класса и для учащихся с СДВГ) в естественных условиях в классе. Они обнаружили, что меньшее количество нарушений правил учениками (в рамках всего класса и среди целевых учеников с СДВГ) было связано с более высокой долей адекватной реакции учителей на нарушения правил. Интересно отметить, что эта связь между поведением учителя и ученика не была обнаружена в случае похвалы или эффективных инструкций. Более того, средний процент подходящей реакции у учителей был низким (от 24 до 47 % по всем классам), и исследователи представляют первое свидетельство возможного минимального ориентира, которого учителя должны достичь, чтобы реализовать преимущества данной стратегии (т. е. надлежащим образом реагировать на более 50 % нарушений правил). Это исследование требует воспроизведения, но предлагает новые идеи для исследований и практики в области подготовки учителя.

лей, профессионального развития, систем оценки учителей и научно обоснованных вмешательств для детей и подростков с СДВГ. Действительно, поскольку большая часть работы по универсальным стратегиям управления классом была проведена более 30 лет назад [Jenkins, Floress & Reinke, 2015], большая часть этих исследований требует повторения в контексте учебного процесса XXI в.

Что касается целевых вмешательств, DRC является наиболее широко изученным методом при работе с детьми и подростками с СДВГ. При внедрении DRC учителя определяют от двух до четырех целевых моделей поведения, которые являются причиной нарушения функционирования ребенка, и отслеживают это поведение в течение одной недели. Полученные данные предоставляют учителю информацию, необходимую для установления начальных достижимых целей для каждого поведения (например, выполняет 75 % ежедневных математических примеров, уважает других с четырьмя или менее нарушениями). Затем учитель начинает давать ребенку обратную связь на ежедневной основе (в идеале в режиме реального времени) о его или ее поведении относительно целей, а также ежедневное подкрепление для достижения целей. В конце каждого дня показатели DRC проверяются учителями и/или родителями с ребенком, чтобы он знал о своих достижениях по целям на день и понимал последствия непредвиденных обстоятельств дома. После этой процедуры формирования цели для каждого поведения из-

меняются до тех пор, пока поведение ребенка не попадет в типичный диапазон для его или ее возраста.

Согласно исследовательским документам, применение DRC эффективно для учащихся с СДВГ в целом [Owens et al., 2012] в рамках специальной программы образования [Fabiano et al., 2010], выполнимо в обычных школьных условиях [Owens, Murphy, Richerson, Girio & Himawan, 2008], рассматривается учителями как приемлемое [Girio & Owens, 2009] и эффективно для изменения как академических, так и поведенческих проблем [Vannest, Davis, Davis, Mason & Burke, 2010]. Кроме того, есть свидетельства дополнительных преимуществ при использовании DRC с каждым месяцем вмешательства в течение четырех месяцев. Однако, несмотря на эти положительные данные, существует также озабоченность по поводу широкого разнообразия в добросовестности, с которой учителя применяют это (и другие) мероприятия в классе. Например, согласно исследованию Оуэнса и соавторов (2008), учителя соблюдали процедуры вмешательства в течение 77 % учебных дней в среднем; диапазон был от 10 до 100 %.

Таким образом, учитывая серьезные личные и общественные издержки, связанные с плохо реализованными вмешательствами, в последнее десятилетие возросло внимание к методам консультаций с учителями, призванных поддержать их в реализации эффективных классных стратегий с высокой степенью добросовестности с течением времени [Becker,

Bradshaw, Domitrovich & Jalongo, 2013; Cappella et al., 2012; Coles, Owens, Serrano, Slavec & Evans, 2015; Owens, Coles et al., 2017]. Это направление исследований сосредоточено на понимании препятствий на пути реализации учителями классных мероприятий, таких как ограничения в знаниях, навыках или убеждениях, поддерживающих приверженность к терапевтическому вмешательству, и на разработке консультационных программ, которые в полной мере соответствуют потребностям учителя. Согласно новым разработкам, консультации по решению проблем с обратной связью по результатам являются научно обоснованной стратегией для улучшения навыков учителей и их реализации. Более того, несколько появляющихся моделей изменяют убеждения учителей, например механизм устранения барьеров на пути к добросовестности [Cook, Lyon, Kuberovic, Wright & Zhang, 2015; Owens, Coles et al., 2017; Sanetti, Collier-Meek, Long, Kim & Kratochwill, 2014]. В дополнительных исследованиях изучается, как можно использовать технологии для расширения доступа учителей к консультативной поддержке [Ottley & Hanline, 2014].

В дополнение к ранее описанному вмешательству в классе, направленному на улучшение следования учащимся правилам и поощряющего к обучению поведения, проводятся также исследования других подходов (например, академической адаптации) и других сфер функционирования (например, отношений со сверстниками). Адаптация – это ряд стра-

тегий, при которых учащийся отвечает за работу на уровне своего класса, но дает учащимся с СДВГ свои преимущества (по сравнению с типичными сверстниками), чтобы опосредовать влияние СДВГ на доступ к общеобразовательной программе [see Harrison, Bunford, Evans & Owens, 2013]. Недавний обзор литературы по адаптации свидетельствует об отсутствии исследований таких способов у учащихся с СДВГ и об отсутствии доказанных способов адаптаций для этой группы населения. Однако два недавних исследования документально подтвердили, что использование стратегии «чтения вслух» соответствует определению академической адаптации и приводит к значительным улучшениям в тестовых оценках учащихся с СДВГ [Spiel et al., 2016].

Миками с соавторами (2013) изучили инновационный подход к решению проблемы функционирования сверстников у детей с СДВГ, используя стратегии, реализуемые учителями, которые направлены на дефицит социальных навыков у детей с СДВГ и контекстные факторы сверстников, которые предотвращают изменения в социальном статусе (изолирующее поведение, репутационная предвзятость, обесценивающее поведение). Положительные эффекты нового вмешательства под названием «Создание социально приемлющих инклюзивных классов» (Making Socially Accepting Inclusive Classrooms, MOSAIC) продемонстрировали положительные эффекты (по сравнению с условием активной модификации поведения) для детей с СДВГ и без данного рас-

стройства в контексте STP. Таким образом, вмешательство адаптируется и оценивается в контексте начальных классов.

Таким образом, существует долгая история эффективных мероприятий в классе для детей и подростков с СДВГ и несколько инновационных направлений исследований, которые повышают эффективность и целесообразность существующих стратегий, а также оценивают эффективность новых подходов и методов, направленных на дополнительные области функционирования.

Комбинированные психосоциальные вмешательства

Пауэр и соавторы (2012) изучали эффективность программы «Успех в семье и в школе» (FSS), клинического вмешательства, которое включает занятия для родителей, консультации с учителями, DRC и поведенческие домашние задания по сравнению с активной контрольной группой. Контрольным условием была группа родителей, посещавших 12 сессий, где предоставлялись психообразовательные сведения о СДВГ и возможность родителям поддерживать друг друга в преодолении трудностей своих детей. Участникам этого исследования была предоставлена возможность завершить испытание лекарств и титрование до оптимальной дозы до инициации FSS или условий активного сравнения, и 43 % участников испытания принимали лекарства на протяжении

нии всего испытания. Результаты показали, что обе группы со временем значительно улучшились по всем показателям (симптомы СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства по оценке родителей и учителей, а также выполнение домашних заданий, взаимодействие родителей и детей по оценке родителей и академическая успеваемость по оценке учителя) с небольшим или умеренным преимуществом для группы FSS над контрольной группой в отношении выполнения домашних заданий, оцениваемых родителями, взаимоотношений между семьей и школой и взаимодействия родителей и детей. С одной стороны, это исследование демонстрирует преимущества комбинирования психосоциальных вмешательств для лечения множества проблем, с которыми часто сталкиваются семьи с детьми с СДВГ. С другой стороны, это исследование также показывает, что среди в целом хорошо образованных и обеспеченных ресурсами семей значительные выгоды могут быть получены от неспецифической формы обучения и группы поддержки родителей. Исследование с участием детей дошкольного возраста с СДВГ также показало пользу образования и поддержки для родителей [DuPaul, Kern et al., 2013], указывая на то, что этот подход можно отнести к малоинтенсивным методам лечения первой линии для семей с детьми с СДВГ, так как он позволяет удовлетворить потребности некоторых семей и выявить тех, кто нуждается в дополнительной помощи.

Пфиффнер и соавторы (2014) изучали эффективность

многокомпонентного поведенческого вмешательства (Child Life and Attention Skills, CLAS, = «Жизненные навыки и внимание ребенка») по сравнению с лечением, ориентированным на родителей (parent-focused treatment, PFT) и стандартным методом лечения (treatment as usual, TAU), для младших школьников с СДВГ с преимущественно проявлениями невнимательности (СДВГ-Н). Вмешательство CLAS включает группу для родителей (адаптация программ «Непослушные дети» (Defiant Children) и «Помощь непослушным детям» (Helping the Noncompliant Child, HNC)), детскую группу, консультации с учителями по поводу вмешательства в классе и совместные встречи с учителем, родителем и учеником. Вмешательство PFT содержит то же, что и группа CLAS, за исключением акцента на работе с учителями. Результаты показали, что после вмешательства результаты CLAS превосходили TAU по всем оцененным исходам и превосходили PFT по оценкам невнимательности, организационным навыкам, социальным навыкам, функционированию в целом и родительским рейтингам организационных навыков. Межгрупповые различия сохранялись при последующем осмотре (пять-семь месяцев спустя) в отношении отчетов родителей, но не для отчетов учителей. Хаак, Виллодас, Макбернетт, Хиншоу и Пфиффнер (2017) впоследствии проанализировали дополнительные переменные из этого исследования, в том числе положительное и отрицательное родительское поведение, нарушения функционирования детей

дома (т. е. ежедневные родительские проблемы) и академическую успеваемость. В этих переменных были обнаружены небольшие или умеренные изменения для обеих групп лечения по сравнению с активной контрольной группой, однако дифференциальные улучшения между двумя группами лечения были незначительными. Взятые вместе, эти результаты предполагают, что использование многокомпонентного поведенческого вмешательства будет давать лучшие результаты во многих (хотя и не во всех областях) для детей с СДВГ-Н, чем только PFT или TAU. Действительно, учитывая, что влияние CLAS на академические навыки, отмечаемое учителем (возможно, наиболее важная переменная результата для заинтересованных сторон на уровне школы), было лишь весьма скромным (0,24 с применением TAU и 0,10 с применением PFT), необходима дополнительная работа для изучения комбинированных академических и психосоциальных вмешательств. Эти результаты согласуются с общим ограничением, приписываемым поведенческим методам лечения, связанным с отсутствием континуума в разных условиях. Как описано в исследовании BPT, проведенном Абиковым и коллегами (2015), вмешательства должны быть нацелены на каждое из целевых условий, поскольку подход «практики и надежды», описанный Стоксом и Бэрром (1977), скорее всего, потерпит неудачу.

Как упоминалось ранее, адаптивное исследование Пелхэма (2016) показывает результаты следующих четырех после-

довательностей вмешательств:

1) низкая «доза» модификации поведения (BPT + DRC), за которой следует более интенсивная «доза» комбинированной модификации поведения, которая включает больше интенсивные вмешательства в школе (последовательность ВВ);

2) низкая «доза» модификации поведения с последующей низкой дозой лекарства (последовательность ВМ);

3) низкая дозировка лекарства, за которой следует более высокая дозировка лекарства (последовательность ММ);

4) низкая дозировка лекарства с последующей низкой «дозой» модификации поведения (последовательность МВ).

Что касается нарушений правил в классе в час, последовательность ВВ дает самые низкие показатели (семь в час) и значительно отличается от последовательностей ММ (14 в час) и МВ (12 в час). Что касается направления к специалистам по внешкольным дисциплинам, последовательность ВМ дала самые низкие показатели (менее одного в год) и значительно отличалась от последовательностей ВВ (два-три в год) и МВ (шесть в год). Последовательности не привели к разным результатам для симптомов СДВГ по оценке родителей или учителей. Среди тех, у кого была недостаточная реакция на поведенческое лечение, добавление более высокой «дозы» поведенческого лечения дало лучшие результаты, чем добавление лекарств. Среди тех, у кого недостаточная реакция на лечение, добавление модификации поведе-

ния дало наиболее явные результаты в школе, чем добавление более высокой дозы лекарства, но оказывало противоположный эффект для оценок родителей и учителей. Интересно, что последовательность также повлияла на посещаемость в группе ВРТ. Посещаемость была значительно выше, когда родителям в первую очередь была назначена ВРТ (69 % посетили шесть из восьми сеансов), по сравнению с тем, когда сначала было назначено медикаментозное лечение (11 % посетили шесть из восьми занятий). Взятые вместе, эти результаты показывают, что для поведенческих результатов в школьных условиях и высокой вовлеченности родителей, начиная с поведенческого вмешательства и добавляя более высокую «дозу» поведенческого вмешательства при необходимости, может дать наиболее значимые эффекты. Однако, если родители уже начали прием лекарств, а ребенок не отвечает на препарат, решение более неоднозначное, поскольку некоторые результаты (оценки родителей и учителей) улучшились больше за счет добавления более высокой дозировки лекарств, а другие результаты (поведение в школе) улучшились в большей степени путем добавления модификации поведения. Это новаторское исследование, которое начинает отвечать на некоторые важные вопросы, и закладывает основу для многих других исследований.

три в год) и МВ (шесть в год). Последовательности не привели к разным результатам для симптомов СДВГ по оценке родителей или учителей. Среди тех, у кого была недоста-

точная реакция на поведенческое лечение, добавление более высокой «дозы» поведенческого лечения дало лучшие результаты, чем добавление лекарств. Среди тех, у кого недостаточная реакция на лечение, добавление модификации поведения дало наиболее явные результаты в школе, чем добавление более высокой дозы лекарства, но оказывало противоположный эффект для оценок родителей и учителей. Интересно, что последовательность также повлияла на посещаемость в группе ВРТ. Посещаемость была значительно выше, когда родителям в первую очередь была назначена ВРТ (69 % посетили шесть из восьми сеансов), по сравнению с тем, когда сначала было назначено медикаментозное лечение (11 % посетили шесть из восьми занятий). Взятые вместе, эти результаты показывают, что для поведенческих результатов в школьных условиях и высокой вовлеченности родителей, начиная с поведенческого вмешательства и добавляя более высокую «дозу» поведенческого вмешательства при необходимости, может дать наиболее значимые эффекты. Однако, если родители уже начали прием лекарств, а ребенок не отвечает на препарат, решение более неоднозначное, поскольку некоторые результаты (оценки родителей и учителей) улучшились больше за счет добавления более высокой дозировки лекарств, а другие результаты (поведение в школе) улучшились в большей степени путем добавления модификации поведения. Это новаторское исследование, которое начинает отвечать на некоторые важные вопро-

сы, и закладывает основу для многих других исследований.

Психосоциальные подходы к лечению для подростков

Литература по психосоциальному лечению подростков с СДВГ намного более нова и поверхностна, чем литература по лечению детей младшего возраста. Помимо двух исследований лечения, ориентированных на семью, проведенных Баркли и коллегами (1992, 2001), первые крупные рандомизированные испытания были опубликованы в 2015 и 2016 гг. Хотя некоторые охарактеризовали подходы к лечению подростков в этих исследованиях как «продолжение лечения детей» [Vidal et al., 2015], это неточная характеристика литературы. Как видно из этого раздела, подходы, применяемые многими исследователями, сосредоточенными на этой возрастной группе, сильно отличаются от подходов к управлению поведением, опосредованных взрослыми, которые являются передовой практикой при терапии для детей. Клиническое лечение основывалось на поведенческом семейном подходе или индивидуальном тренинговом подходе в сочетании с другими элементами. Школьные лечебные мероприятия представляли собой в первую очередь обучающие мероприятия с подростками, часто дополняемые консультациями и обучением родителей и/или учителей.

Лечение в клинических условиях

Первые клинические подходы к работе с подростками с СДВГ были проведены Баркли и коллегами (1992, 2001). К сожалению, эти исследования привели исследователей к выводу, что «семья может быть наименее важным фактором создания изменений» [Barkley et al., 2001, p. 939] для подростков с СДВГ. Однако так давно Фабиано и Сибли изучили, в какой степени инновационные пересмотры метода могут улучшить подходы семейной терапии. Терапевтический подход поддержки ежедневных академических потребностей подростков (Supporting Teens' Academic Needs Daily, STAND) был разработан Сибли (2017) и, как описано автором, включает модули взаимодействия, развития навыков и мобилизации. В частности, к подходам, применяемым для достижения изменений, относится сочетание методов мотивационного интервью (например, разговоры о переменах, утверждения) и поведенческой терапии. Психотерапевты обучают подростков методам записи заданий, навыкам обучения и методам поддержания организованности. Использование и практика подростками этих навыков облегчается контрактами между родителями и подростками, которые предполагают, что родители создают поведенческие ситуации дома, основанные на использовании подростками целевых навыков. Таким образом, согласно контракту

между родителями и подростками, следует модифицировать непредвиденные обстоятельства дома, чтобы изменить поведение. Мотивационное собеседование используется для повышения вовлеченности семьи и достижения конкретных целей. Результаты исследования [Sibley et al., 2016], в котором участвовали 128 участников с СДВГ в возрасте от 11 до 15 лет (67 в группе STAND и 61 в контрольной группе без лечения), показали, что семьи посещали в среднем 8 из 10 занятий, которые длились 50 минут. Участники лечения продемонстрировали статистически значимые преимущества по сравнению с теми, кто находился в контрольной группе, в отношении организации, оцениваемой родителями, деструктивного поведения, симптомов СДВГ, наблюдаемого количества записанных домашних заданий и стресса родителей от исходного уровня до момента окончания лечения (величина эффекта варьировалась от 0,40 до 1,12). Те, кто находился в группе лечения, также продемонстрировали значительные продолжающиеся улучшения после окончания терапии в плане использования контрактов ($d = 0,49$) и управления поведением ($d = 1,07$). Различия в использовании заключения контрактов и управления поведением, по сути, являются показателями приверженности, поскольку только те, кто участвовал в экспериментальной группе, учились использовать эти методы. Кроме того, они были средством для достижения цели, и группы существенно не различались по ним при последующем наблюдении, что свиде-

тельствует об отсутствии постоянного использования этих методов родителями. При шестимесячном отсроченном наблюдении переменными результата со значительными групповыми различиями стали родительские оценки организованности и симптомы СДВГ. Авторы отметили отсутствие положительного эффекта для экспериментальной группы по среднему баллу и другим показателям академической успеваемости (например, рейтинги преподавателей по организации и выполнению заданий) и предположили, что лечение, возможно, требует более длительного времени для достижения этого результата. Отсутствие эффекта по оценкам учителей является общим результатом многих исследований подростков с СДВГ [Evans et al., 2016; Langberg, Epstein, Becker, Girio-Herrera & Vaughn, 2012] и часто объясняется сложностями, связанными с оценками учителей средней школы (т. е. на одного учителя приходится почти 100 учеников, и учителя видят их только час в день; поведение учеников сильно различается в разных классах). Исследование рейтингов учителей в средних школах поднимает вопросы о надежности и обоснованности этих показателей [Evans, Allen, Moore & Strauss, 2005; Molina, Pelham, Blumenthal & Galiszewski, 1998], и в растущем количестве исследований очевидна их недостаточная чувствительность к изменениям. Тем не менее влияние на ключевые показатели академических результатов оказалось минимальным.

Сибли с соавторами (2016) сообщили о значительных

преимущества для подростков, записывающих домашние задания в специальные блокноты. Хотя результаты вернулись к исходному уровню при последующем наблюдении и были эквивалентны показателям записи заданий в контрольной группе, наблюдались значимые улучшения от исходного уровня до периода окончания лечения. Эта и некоторые другие переменные, использованные в этом исследовании, демонстрируют тенденцию в некоторых исследованиях лечения подростков.

Во-первых, оценка на ближайшем и подробном уровне, как это делается в этом исследовании путем оценки количества заданий, записанных в блокноте заданий, важна, потому что это критически важное поведение в процессе выполнения домашнего задания [Langberg, Dvorsky et al., 2016]. Завершение работы – очень проблемный момент для подростков с СДВГ, и в исследованиях важно измерять меры вмешательства, нацеленные на некоторые из причин невыполнения ими работы, такой как домашнее задание. Отчасти проблема заключается в том, что многие подростки не записывают свои задания и забывают их сразу после окончания урока.

Во-вторых, этот уровень детализации трудно оценить. Чтобы измерить, как часто подростки записывают свои задания, необходимо постоянно следить за тем, где они должны быть записаны (например, в специальном блокноте, на планшете).

Сибли с коллегами (2016) выполнили это и сообщили о

среднем проценте уроков в течение пятидневного периода, для которых было записано задание или указание на отсутствие задания. Это ценные данные, однако они не принимают во внимание точность, с которой подростки записывают задания. Этот уровень сбора данных может быть невозможен за пределами школы. Наконец, показатель фиксации домашних заданий сложно изменить. Сибли с соавторами отмечают, что подростки записывали задания только в 7–12 % случаев, когда от них ожидали, что они будут делать это без вмешательства STAND. Средний процент записанных назначений увеличился до 18 % после терапии, или немного меньше, чем один из пяти раз. Подростки очень сопротивляются изменению своего поведения, и некоторые оправдывают свое нежелание тем, что большинство учащихся не записывают домашние задания. Запись домашних заданий – это поведение, которое компенсирует слабость и может не требоваться многим ученикам. Их логика аналогична утверждению о том, что не следует носить очки, потому что многие другие ученики их не носят. Сосредоточение внимания на усилении и измерении этого критически важного компенсирующего поведения важно для достижения отдаленных целей, связанных с улучшением успеваемости в школе.

Другой вид лечения, основанный на семейной поведенческой терапии, был направлен на поведение подростков за рулем. Поскольку у подростков с СДВГ повышается уровень семейных конфликтов и автокатастроф, Фабиано и его кол-

леги (2016) использовали подход семейной поведенческой терапии для решения проблем семейных отношений и поведения подростков за рулем (Supporting Effective Entry to the Roadway, STEER, = «Поддержка эффективного въезда на проезжую часть»). Врачи встречались с родителями и подростками отдельно (45 минут) и вместе (45 минут) в течение восьми 90-минутных занятий. Находясь в отдельных группах, подростки сосредоточились на эффективном общении и социальных навыках, а родители сосредоточились на обучении эффективному мониторингу, управлению непредвиденными обстоятельствами и общению. Когда родители и подростки были вместе, они участвовали в заданиях на симуляторе вождения, в которых подростки практиковали вождение, а родители применяли эффективные методы воспитания (например, похвалу). Они также обращались к поведенческим контрактам между родителями и подростками, которые были сосредоточены на поведении за рулем между сессиями, причем некоторые пункты контракта основывались на поведении за рулем, которое записывалось электронным регистратором поведения за рулем, вставленным в машину в то время, когда подросток ведет машину.

Результаты этого исследования (в которое вошли 172 участника с СДВГ; 86 – в группе STEER и 86 – в контрольной группе стандартного обучения вождению) указывают на то, что наблюдалось значительное сокращение негативных родительских высказываний, основанных на наблюдении в

течение шести месяцев за родителями из группы лечения после окончания лечения (величина эффекта: 0,38 и 0,40, соответственно), но не через 12 месяцев. Однако самоотчеты о положительном и отрицательном родительском поведении не выявили различий между группами. Самоотчет подростков о рискованном вождении указывал на снижение показателей для экспериментальной группы по сравнению с контрольной группой после лечения и при последующем наблюдении (величина эффекта: 0,41 и 0,40, соответственно), но никаких различий между группами в объективных показателях поведения за рулем, включая данные с устройств регистрации, установленных в автомобилях, не было выявлено. Различия, о которых сообщали сами пациенты, были значительными после лечения и через шесть месяцев, но не через 12 месяцев. Хотя снижение рискованного поведения при вождении, безусловно, очень важно, существуют ограничения в использовании самоотчетов подростков для измерения симптомов и функционирования [Sibley, Pelham et al., 2010]. Ни в какой момент времени не было различий в наблюдаемых показателях положительного родительского поведения, в самоотчетах о положительных и отрицательных показателях воспитания детей, об инцидентах на дороге, записанных на камеру в автомобиле, а также в количестве аварий и штрафов. Важно учитывать, что контрольная группа прошла традиционное обучение вождению, поэтому она не является контрольной группой без вмешательства. Учиты-

вая опасные последствия рискованного вождения среди молодых водителей с СДВГ, необходимы дальнейшие разработки и оценка этого лечения для решения важной проблемы общественного здравоохранения.

Эти оценки семейных поведенческих подходов к улучшению функционирования подростков с СДВГ представляют собой новаторские достижения и обнадеживают, по крайней мере, в отношении достижения некоторых немедленных результатов. Однако, как и многие другие психосоциальные методы лечения СДВГ, положительные эффекты в отсроченных наблюдениях от шести месяцев до года ограничены. Оба исследования семейной поведенческой терапии включали в среднем всего восемь сеансов, и, учитывая хроническую и повсеместную природу расстройства, реальные изменения могут потребовать лечения в течение более длительного периода времени [Sibley et al., 2016]. Эта же гипотеза была выдвинута Баркли, Гевремонтом, Анастопулосом и Флетчером (1992) после того, как их первоначальное исследование семейной терапии дало лишь скромные результаты, и они увеличили количество сеансов до 18 в своем последующем исследовании [Barkley et al., 2001]. К сожалению, последнее исследование с 18 сеансами семейной терапии также выявило лишь ограниченные ее преимущества и привело к выводу, что семья, возможно, не лучший фокус для лечения подростков с СДВГ. Простое предложение одного и того же метода лечения в большем количестве может быть не лучшим спо-

собом увеличения преимуществ. Добавление мотивационных вмешательств для этой возрастной группы, предложенное Сибли с коллегами (2016), представляется важным дополнением, учитывая характер этой группы населения. Добавление тренингов для детей и подростков к лечению может повысить эффективность, но, вероятно, потребует, чтобы лечение было распространено на школу и на реальные ситуации вождения. Кажется вероятным, что вмешательство на уровне семьи может привести к значимым и стойким изменениям для некоторых подростков с СДВГ. Безусловно, необходимы постоянные инновации и исследования для выявления тех, кто с наибольшей вероятностью выиграет от семейного подхода.

Индивидуальная терапия также была в центре внимания разработки интервенций для подростков с СДВГ. Эти методы лечения сосредоточены на тренинговом подходе, при котором подростки обучаются и практикуют новые навыки. Бойер, Гиртс, Принс и Ван дер Оорд (2016) разработали программу под названием «Планируем жизнь» (Plan My Life, PML), которая включала восемь индивидуальных занятий с подростком и два – с его или ее родителями. В их исследовании PML сравнивали с лечением, ориентированным на решение проблем (Solution-Focused Treatment, SFT), которое было включено для контроля неспецифических эффектов лечения [Boyer et al., 2016]. Сессии PML были сосредоточены на использовании списков дел и ежедневника. Бы-

ли поставлены краткосрочные цели, определены стратегии их достижения, а клиницист и подросток сосредотачивались на процессе решения проблем, чтобы облегчить достижение целей. Кроме того, отрицательные мысли о решениях оспаривались с помощью когнитивного рефрейминга, а развитие альтернативных мыслей поощрялось. Во время двух сеансов с родителями врачи помогали родителям устанавливать и соблюдать правила в доме и поддерживать позитивное общение с сыном или дочерью.

Исследование включало 159 участников, рандомизированно получавших один из видов лечения, и не было значительных взаимодействий между группами для любого из результатов в пяти областях, включая:

- 1) симптомы СДВГ по оценке родителей, планирование и исполнительное функционирование;
- 2) нейропсихологические показатели;
- 3) сопутствующие заболевания;
- 4) функционирование в целом;
- 5) оценки учителя после окончания лечения и спустя три месяца [Boyer, Guerts, Prins & Van der Oord, 2015] или спустя один год [Boyer et al., 2016].

Исследователи описали значительные индивидуальные эффекты с течением времени, когда всех подростков анализировали вместе. Таким образом, в обоих методах лечения могли присутствовать элементы, улучшающие результаты, и/или изменения могли быть вызваны просто течением вре-

мени. Сосредоточение внимания на навыках планирования определенно представляется подходящим для этой группы населения, тем не менее эта часть лечения не показала значимого различия между воздействием PML и SFT.

Аналогичный клинический подход был оценен Спрингс с соавторами (2016). Это было небольшое исследование ($n = 46$) с подростками (средний возраст = 15), которые посетили 12 занятий (10 в одиночку и два с родителями). Одним из заметных отличий этого исследования от предыдущего было то, что все участвующие подростки принимали стимулирующие препараты, когда они начали амбулаторное лечение. На индивидуальных занятиях были представлены и отработаны сходные PML навыки, и, как и в случае с PML, основное внимание уделялось когнитивной реструктуризации негативных мыслей, связанных с тревогой и депрессией, а также «чрезмерно позитивных мыслей», связанных с СДВГ. Результаты показали, что применение КПТ было связано с улучшением тяжести симптомов, по самоотчетам и отзывам родителей, и были некоторые доказательства сохранения улучшения через четыре месяца после лечения. Измерения конкретных аспектов школьного, социального и семейного функционирования не были включены, поэтому сравнение с другими методами лечения в клинике и школе ограничено.

Терапия на базе школы

Как и в ранних исследованиях семейной терапии на базе клиники для подростков с СДВГ, первое исследование лечения в школьном классе было описано в 1990-х годах [Evans, Pelham & Grudberg, 1995]. Это включало обучение подростков с СДВГ фиксированию информации с помощью заметок в аналоговом классе. Акцент был сделан на заметках, так как они решали многие проблемы, с которыми подростки с СДВГ сталкивались в классе.

Во-первых, от подростков требовалось внимательно слушать инструктора, чтобы знать, что следует записать в своих заметках. Такое поведение само по себе было несовместимо с демонстрацией отвлекающегося и деструктивного поведения, которое часто приводит к проблемам в классе.

Во-вторых, от подростков требовалось активно думать о представленном материале, чтобы они могли определять слова или фразы для записи в свои заметки, которые были бы краткими, но в достаточной степени облегчили запоминание и понимание. Кроме того, для создания заметок в форме набросков, которому их учили, подросткам необходимо было определить основные идеи и детали и организовать информацию в схему, отражающую эти два типа информации.

Такой уровень критического мышления и внимания к преподавателю был несовместим с подходом пассивного слу-

шания, который, по мнению исследователей, характеризует типичное поведение подростков с СДВГ в классе. В своей будущей работе эти же авторы отметили такой же пассивный подход к чтению, и это также приводило к плохому пониманию. Таким образом, они научили подростков с СДВГ тем же методам ведения заметок, которые они могли применять при чтении учебников. Подростков учили относиться к каждому абзацу как к единице информации, содержащей главную идею и хотя бы одну деталь.

Они также научились распознавать выделенный жирным шрифтом текст, указывающий на важную информацию, которую, вероятно, стоит пометить. Наконец, исследователи научили родителей и других взрослых практиковаться в пересказе с подростками таким образом, чтобы это способствовало активному размышлению над содержанием. Взрослые просили подростков использовать свои записи, чтобы устно объяснить взрослому, что было представлено в классе или тексте. Взрослые были обучены действовать так, как если бы они должны были пройти тест по этому материалу и задавать подросткам вопросы с целью облегчить их понимание. Методы создания заметок на основе текста и подведения итогов с родителями были включены в школьную комплексную программу вмешательства (например, Challenging Horizons Program, СНР, = программа «Преодолевая горизонты»), описанную ниже, но никогда не оценивались индивидуально.

Программа «Преодолевая горизонты» (CHP) оценивалась в серии небольших исследований на этапе ее разработки [Evans, Schultz, DeMars & Davis, 2011; Evans, Serpell, Schultz & Pastor, 2007]. Другое родственное мероприятие на базе школы, называемое «Навыки выполнения домашнего задания, организованности и планирования» (Homework, Organization, and Planning Skills, HOPS), также было разработано и оценено в небольших испытаниях [Langberg et al., 2012] и, как и CHP, предназначалось для учащихся средней школы с СДВГ. Эти исследователи (Эванс и Лангберг) завершили большое рандомизированное исследование ($n = 326$) программы CHP и сообщили о результатах одного учебного года с применением этого метода для учащихся средней школы с СДВГ [Evans et al., 2016; Schultz et al., 2017]. Две версии CHP противопоставлялись условию оказания стандартной помощи по месту жительства. Программа внеклассного обучения CHP проводилась дважды в неделю по 2 часа 15 минут и включала мероприятия, нацеленные на академические и социальные нарушения, такие как коррекцию навыков организованности, учебные навыки, ведение записей и группы межличностных отношений. В рамках программы наставничества CHP сотрудники школы выступали в качестве наставников и встречались с учениками в среднем 25 раз за учебный год, в среднем чуть более 12 минут на каждое собрание. Результаты, включающие всех участников, которые были рандомизированы по определенному состоя-

нию (анализ намерения лечить [intent-to-treat, ИТТ]), показали значительные преимущества от исходного уровня до момента завершения терапии для участников программы после школы по сравнению с двумя другими группами по семи критериям исходов. Они включали родительские оценки организованности, выполнения домашних заданий, общей успеваемости и симптомов невнимательности (величина эффекта варьировалась от 0,13 до 0,51); эти величины эффекта увеличивались через шесть месяцев наблюдения (величина эффекта варьировалась от 0,23 до 0,63). Средний балл также был значительно лучше для тех, кто участвовал в программе после школы, по сравнению с двумя другими группами, и величина этой разницы неуклонно увеличивалась и была максимальной через один год наблюдения ($d = 0,24$). Когда анализ был ограничен теми учениками, кто участвовал в программе после школы, которые посещали 80 % или более собраний программы, и в отличие от соответствующей группы из пациентов, получавших стандартную медицинскую помощь (каузальный эффект воздействия), размер положительного результата в некоторых случаях увеличился почти вдвое по сравнению с анализом ИТТ (диапазон d для значимых эффектов = 0,56–2,00 на момент окончания терапии и $d = 0,79$ –1,90 при отсроченном шестимесячном наблюдении) [Schultz et al., 2017] со значительным преимуществом для среднего балла при последующем отсроченном наблюдении ($d = 0,83$). Возможно, наиболее примечательным откры-

тием этих исследований является продолжающееся расхождение в течение года наблюдения без лечения между экспериментальной и контрольной группами, поскольку об этом эффекте редко сообщалось для психосоциального лечения, особенно для детей и подростков с СДВГ.

Хотя выводы о значимых преимуществах для академического функционирования важны, преимущества для социального функционирования были ограниченными, и их величина стала значимой только через шесть месяцев наблюдения для двух факторов из семи согласно родительским оценкам социального функционирования в анализе тех, кто завершил курс лечения ($d = 0,56$ и $0,80$, соответственно), несмотря на то что значительная часть времени в программе после школы была потрачена на реализацию вмешательства, направленного на социальные нарушения (Interpersonal Skills Group, ISG, = группа межличностных навыков). Работа в группе межличностных навыков ISG не похожа на традиционные тренинги по социальным навыкам и была разработана для удовлетворения уникальных социальных потребностей подростков с СДВГ (см. пример в разделе «Доказательные подходы к лечению в действии»). Необходима непрерывная работа по развитию вмешательств, направленных на социальные нарушения среди подростков и детей с СДВГ.

Другие подходы на базе школы изучались на меньших выборках, чем рандомизированное контролируемое исследование (РКИ), описанное ранее. Они включают модифици-

рованную версию программ СНР в средней школе [Evans, Schultz & DeMars, 2014; Langberg et al., 2012] ($n = 49$ и 47 , соответственно). Программа HOPS («Навыки выполнения домашнего задания, организации и планирования») включает в себя еженедельные встречи сотрудников средней школы с учащимися по вопросам организации и планирования, а также работу с родителями по поддержке этих навыков дома. И HOPS, и версия СНР для средней школы показали положительные эффекты, и не так давно были завершены крупные рандомизированные контролируемые исследования с обоими методами. В целом на основании исследований, проведенных на сегодняшний день, тренинговые подходы в школе, по-видимому, имеют наибольшие преимущества для подростков с СДВГ в отношении результатов, связанных со школой, в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Даже небольшое влияние СНР на социальное функционирование является самым большим для этой группы пациентов. Существуют практические ограничения по предоставлению программы после школы, тем не менее ранние технико-экономические обоснования с модифицированной версией СНР, которая включает предоставление программы в учебном зале малых групп учителем, назначенным для работы в учебном зале, показывают, что программа может быть предложена эффективно. Учебные классы для малых групп часто предоставляются учащимся с СДВГ в средних и старших классах школы как часть индивидуальной образо-

вательной программы (individualized education program, IEP) или «плана 504». Если аналогичные преимущества принесет модель в школе, то это препятствие выполнимости будет устранено. Клинические подходы, включая подход поддержки ежедневных академических потребностей подростков (STAND), КПТ и PML, разработаны для предоставления врачами в обычных условиях клиники. Ограничением этого является тот факт, что значительная часть подростков, которые нуждаются в услугах, никогда не попадают в клиники, а из тех, кто обращается, многие бросают лечение. Это особенно верно для клиентов с расстройствами поведения и СДВГ [Johnson, Mellor & Brann, 2008]. Тем не менее наличие эффективной помощи на базе клиник – важная цель для тех, кто все же туда обращается. Необходимы дополнительные исследования всех этих подходов для определения характеристик подростков и видов помощи, которые связаны с положительной реакцией [Langberg et al., 2016], а также моделей, которые могут интегрировать некоторые из наиболее эффективных компонентов этих вмешательств для наиболее эффективного предоставления лечебных мероприятий.

Фармакологическое лечение

Стимуляторы – это наиболее изученные и широко используемые лекарства для лечения СДВГ. В ответ на рост числа выявления детей с СДВГ и улучшение доступа к медицин-

ской помощи, широта использования стимулирующих препаратов неуклонно растет [Visser et al., 2014]. Из-за опасений по поводу некоторых побочных эффектов и потенциального злоупотребления стимуляторами были разработаны альтернативы этим препаратам.

Стимуляторы

Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (U.S. Food and Drug Administration, FDA) одобрило два типа стимуляторов для лечения СДВГ: производные метилфенидата (например, риталин, концерта, фокалин) и производные амфетамина (например, аддералл). Хотя у врачей могут быть свои предпочтения в отношении того, какой тип стимулятора использовать в первую очередь при лечении СДВГ, каждый тип одинаково эффективен, с большими масштабами эффекта. Показатели эффективности для каждого типа стимулятора находятся в диапазоне 65–75 %, а скорость реакции на стимулятор любого типа может достигать 85 % [Arnold, 2000]. Первоначально большинство оценок использования стимуляторов при СДВГ проводилось среди пациентов младшего школьного возраста. В последние годы применение стимуляторов было оценено у дошкольников, подростков и групп детей с СДВГ и расстройствами аутистического спектра (РАС).

Количество исследований по использованию стимулято-

ров у детей дошкольного возраста ограничено [Greenhill et al., 2006]. Хотя у детей дошкольного возраста, как правило, наблюдается благоприятная реакция на лечение, у детей младшего возраста частота реакции несколько ниже, и побочные эффекты могут быть более распространенными. Кроме того, у подростков обычно наблюдается благоприятная реакция на стимулирующие препараты, но в этой возрастной группе величина эффекта может быть несколько ниже [Sibley, Kuriyan, Evans, Waxmonsky & Smith, 2014], и высокий процент подростков (примерно 80 %) преждевременно прекращает лечение [Molina et al., 2009]. Особую озабоченность по поводу употребления стимуляторов подростками и молодым взрослым населением вызывает злоупотребление лекарствами и утечка назначенных лекарств в незаконных целях [Wilens et al., 2008]. В целом одобренные FDA препараты для лечения СДВГ эффективны при лечении симптомов этого расстройства у детей с РАС, хотя процент успешной реакции ниже, а частота побочных эффектов выше у детей с РАС, чем у тех детей, у кого нет этой сопутствующей патологии [Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network, 2005]. Стимуляторы обычно считаются препаратами первой линии для лечения симптомов СДВГ у детей с сопутствующими СДВГ и РАС [Mahajan et al., 2012].

Наиболее частыми побочными эффектами от стимуляторов являются подавление аппетита, бессонница, головная

боль, боль в животе, потеря веса и раздражительность, но, как правило, назначившие препараты врачами могут эффективно справиться с этими нежелательными эффектами [Connor, 2005]. К побочным эффектам относятся риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми нарушениями в анамнезе [Gould et al., 2009] и психотические симптомы [Mosholder, Gelperin, Hammad, Phelan & Johann-Liang, 2009], которые встречаются очень редко. Хотя наличие тиков в прошлом рассматривалось как противопоказание к использованию стимуляторов у детей с СДВГ, более недавние исследования показывают, что стимуляторы обычно не усугубляют тики и могут даже снижать их частоту и тяжесть [Palumbo, Spencer, Lynch, Co-Chien & Faraone, 2004]. Поскольку стимуляторы, как правило, высокоэффективны, по крайней мере, в краткосрочной перспективе, и в большинстве случаев имеют минимальные или незначительные побочные эффекты, среди врачей они считаются препаратами первой линии для лечения детей и подростков с СДВГ.

Альтернативы стимуляторам

FDA одобряет два типа нестимуляторов: ингибиторы обратного захвата норадреналина (атомоксетин) и агонисты альфа2-адренорецепторов (клонидин, гуанфацин). Доказано, что каждый из этих типов лекарств эффективен, однако

величина эффекта нестимуляторов обычно ниже, чем у стимуляторов, хотя и находится в диапазоне от умеренного до большого [Cheng, Cheng, Ko & Ng, 2007]. Наиболее частые побочные эффекты атомоксетина включают снижение аппетита, расстройство желудочно-кишечного тракта, усталость и тошноту [Kratochvil et al., 2011]. Редкие побочные эффекты включают суицидальные мысли и гепатит. Побочные эффекты альфа-агонистов включают седативный эффект, сонливость, головную боль, сухость во рту, боль в животе и головокружение [Wilens et al., 2012]. Эти лекарства могут быть противопоказаны детям с низким артериальным давлением или сердечными нарушениями. Исследования нестимуляторов среди дошкольников очень ограничены, хотя иногда они используются в клинической практике. В целом исследований по комбинированию лекарств при лечении детей и подростков с СДВГ недостаточно, но существующие исследования указывают на потенциальные преимущества комбинирования стимуляторов и альфа-агонистов у молодых пациентов, которые недостаточно реагируют на монотерапию стимуляторами [Kollins et al., 2011; Wilens et al., 2012].

Долгосрочные эффекты

Строго контролируемое исследование долгосрочных эффектов лекарств для лечения СДВГ практически невозможно, потому что нецелесообразно и неэтично отказывать па-

циентам с СДВГ в приеме лекарств в течение длительного периода времени. В результате исследования долгосрочных эффектов лекарств включают продольные, натуралистические исследования людей, получавших лекарства в сфере государственного здравоохранения. Хотя некоторые исследования предполагают благоприятные долгосрочные результаты [Barbaresi et al., 2014], эффекты в лучшем случае оказываются очень скромными [Langberg & Becker, 2012]. Результаты крупномасштабного многоцентрового исследования методов лечения СДВГ у детей в возрасте семи-девяти лет показали, что, по существу, нет пользы от продолжения приема лекарств, при восьмилетнем отсроченном наблюдении по широкому спектру критериев оценки академических, социальных и поведенческих результатов [Molina et al., 2009].

Взаимосвязь между СДВГ и употреблением психоактивных веществ у подростков и взрослых очень сложна. Хотя дети с СДВГ обычно имеют более высокий риск употребления психоактивных веществ и связанных с этим расстройств в более позднем возрасте, эти отношения, вероятно, регулируются уровнем академической успеваемости, принятием сверстников и нарушениями поведения [Molina & Pelham, 2014]. В целом можно говорить о том, что использование стимуляторов само по себе не оказывает защитного эффекта против употребления психоактивных веществ и связанных с этим расстройств [Molina & Pelham, 2014]; по той же при-

чине использование стимуляторов, по-видимому, не увеличивает риск злоупотребления психоактивными веществами [Wilens, Faraone, Biederman & Gunawardene, 2003], но исследования не дают окончательных результатов по этому вопросу [Molina, 2011].

Комбинированные фармакологические и психосоциальные вмешательства

Существует значительный исследовательский интерес к изучению эффективности фармакологических и научно обоснованных поведенческих вмешательств, применяемых у детей в виде монотерапии и в сочетании. Действительно, изучение этого вопроса было основной целью МТА [MTA Cooperative Group, 1999], крупнейшего на сегодняшний день исследования лечения СДВГ. Хотя это исследование четко продемонстрировало эффективность стимуляторов в уменьшении симптомов, связанных с СДВГ, результаты в целом подтверждали превосходство комбинированного подхода по сравнению с монотерапией в отношении уменьшения нарушений, особенно для детей с сопутствующими заболеваниями [Jensen, Hinshaw, Swanson et al., 2001] и тех пациентов, у которых был более низкий социально-экономический статус, когда основное внимание уделяется снижению агрессивного поведения [Rieppi et al., 2002]. Кроме того, многочисленные исследования показали, что со-

четание вмешательств с использованием относительно низких доз фармакологических препаратов и малоинтенсивных подходов к поведенческому вмешательству может быть столь же эффективным, как и высокие дозы лекарства, используемые отдельно [Fabiano et al., 2007; Pelham et al., 2014]. Преимущества использования комбинированного подхода при более низких дозах состоят в том, что его легче поддерживать в течение длительного времени, а побочные эффекты лекарств могут быть легче переносимыми по сравнению с подходами, использующими более высокие дозы лечения.

Примером комбинированного подхода к решению проблем, связанных с выполнением домашнего задания, является исследование Меррилл с соавторами (2017), которые изучили относительное влияние поведенческого вмешательства, фармакологического вмешательства и их комбинации на выполнение домашних заданий у детей младшего школьного возраста с СДВГ. Это исследование проводилось в контексте детей, участвовавших в STP. Все участники завершили перекрестное испытание препарата концерта по сравнению с плацебо в течение шести недель (по три недели для каждого условия). Кроме того, дети были рандомизированы либо для получения терапии с применением ежедневного табеля успеваемости в классе (DRC) + участия родителей в поведенческом тренинге (BPT), т. е. BPT + DRC, либо в группу ожидания. Этот контекст позволил сочетать психосоциальное вмешательство с приемом лекарств и плаце-

бо. Все дети занимались в аналоговом академическом классе во второй половине дня каждый день и получали домашние задания, которые должны были быть выполнены на следующий день. Дети из группы только BPT + DRC достигли значительно более высоких баллов по факту выполнению домашних заданий и правильности выполнения (получали оценку «3» по математике и чтению), чем дети в группе без лечения (получили оценку «2» за оба предмета) и в группе монотерапии фармакопрепаратом. Кроме того, комбинированное лечение не дало значительно более высоких результатов, чем лечение только BPT + DRC. Этот вывод аналогичен результатам проверки выполнения домашних заданий в исследовании MTA [Langberg et al., 2010]. Они сообщили, что дети, получавшие поведенческое лечение (в сочетании с лекарствами или изолированно), показали преимущества в выполнении домашних заданий в течение 10 месяцев после лечения. Исследование отдельных и комбинированных эффектов лекарств и психосоциального лечения дает возможность определить области функционирования, такие как выполнение домашних заданий, которые лучше всего корректировать с помощью только лекарств, только поведенческого лечения или их комбинации.

Хотя создается впечатление, что комбинированный подход к лечению приносит пользу большинству детей с СДВГ, озабоченность по поводу одновременного применения лекарств и поведенческой терапии заключается в том, что в

этом случае невозможно определить преимущества применения каждого подхода. По этой причине исследователи и клиницисты сильно заинтересованы в определении оптимального подхода к последовательности приема лекарств и поведенческих вмешательств. Существует широкий консенсус в отношении того, что планирование лечения и решения о последовательности вмешательств должны основываться на общей модели принятия решений, которая учитывает семейные цели и предпочтения в отношении лечения [Fiks et al., 2012]. Семьи, в особенности семьи, принадлежащие к этническим/национальным меньшинствам, часто беспокоятся об использовании лекарств для лечения проблем внимания и поведения своих детей, и это необходимо учитывать при планировании лечения [Power, Soffer, Cassano, Tresco & Mautone, 2011]. Еще одно важное соображение – это результаты лечения, когда сначала вводятся лекарства, а не поведенческое вмешательство. Последние данные показывают, что первичность применения поведенческих вмешательств, а затем добавление лекарств по мере необходимости может привести к лучшим результатам, чем начало лечения с применения лекарств. Фактором, способствующим этому открытию, могло быть то, что участие семьи в поведенческой терапии было выше, когда это лечение проводилось до, а не после фармакологического лечения [Pelham et al., 2016]. Дополнительным соображением являются отдаленные результаты лечения. Конечной целью любого интер-

венционного подхода должен быть успех пациента в учебе и обществе, а также эффективный переход к взрослой жизни. По этой причине планирование вмешательства всегда должно включать подходы, которые способствуют долгосрочному здоровью и развитию детей путем укрепления отношений «родитель – ребенок» и «ученик – учитель», взаимоотношений со сверстниками и успеваемости [Evans, Owens, Mautone, DuPaul & Power, 2014]. Для многих детей использование лекарств может способствовать преодолению трудностей и, возможно, академическому и социальному успеху, но подход, использующий только лекарства, трудно оправдать для достижения успешных долгосрочных результатов.

Инновации в лечении с помощью технологий

Использование технологий в области лечения СДВГ по-прежнему является в разных формах.

Во-первых, как описано ранее, веб-системы были разработаны для содействия эффективному обмену информацией между учреждениями первичной медико-санитарной помощи, школами и домом для помощи в работе с пациентами с СДВГ. Эти системы помогают клиницистам получать, оценивать и интерпретировать шкалы оценок родителей и учителей для целей первоначальной оценки и постоянного мониторинга результатов [Epstein et al., 2011; Power et al.,

2016].

Во-вторых, разрабатываются веб-системы, чтобы помочь учителям повысить осведомленность и использовать научно обоснованные вмешательства в классе, такие как DRC. Эти системы включают доступные для загрузки материалы, видеоуроки и модели реализации, а также функции интерактивного построения графиков [Mixon & Owens, 2016; Owens, Coles et al., 2017], и результаты испытаний, которые включают их использование, ожидаются в ближайшее время.

Аналогичным образом увеличилось количество «приложений», облегчающих использование учителями методов управления классом и частого общения между школой и домом (например, приложение ClassDojo), однако тщательные исследования их пользы и эффективности немногочисленны. Наконец, появляются новые исследования, подтверждающие, что ВРТ можно предлагать с помощью видео-конференц-связи и с преимуществами, аналогичными преимуществам групповых занятий [Xie et al., 2013]. Эти технологические усовершенствования обещают улучшить доступность и распространение доказательных методов лечения, однако изучение влияния технологий на результаты детей находится в зачаточном состоянии.

ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ В ДЕЙСТВИИ

Чтобы передать подробности того, как проводятся некоторые из описанных ранее процедур, мы выбрали два вида лечения, которые подробно опишем и приведем примеры расшифровок стенограмм отдельных частей этих видов терапии. В консультацию по решению проблем в школе включены два вида лечения: DRC и CNP.

Консультации по решению проблем в школе

В этом разделе мы описываем основные компоненты консультации по решению проблем и демонстрируем, как такую консультацию можно использовать, чтобы помочь учителям разработать и внедрить DRC. Решение проблем – это эффективная стратегия выявления и преодоления препятствий на пути к успешным занятиям в классе [Kratochwill, Elliott & Callan-Stoiber, 2002]. Принятие подхода к консультированию, основанного на решении проблем, включает в себя помощь учителю в генерировании идей для преодоления препятствий, а затем взвешивание достоинств каждой идеи перед принятием решения. В соответствии с подхо-

дом модели жизненного пути, описанным ниже, критерии успеха вмешательства следует определять как изменение поведения ребенка, которое максимизирует успех и подтверждается уменьшением деструктивного поведения, повышением адаптивного функционирования и/или повышением соответствующего академического уровня или просоциальным поведением. Ниже мы описываем пять этапов консультации по решению проблем. Важно отметить, что это общая структура и что успех консультационного процесса, вероятно, будет максимальным, если адаптировать его к конкретным потребностям учителя. Например, недавние данные свидетельствуют о том, что ограниченные знания, навыки и/или поддерживающее вмешательство учителя могут выиграть от консультации по решению проблем, которая также затрагивает одну или несколько из этих областей [Owens et al., 2017]. Эта индивидуализация выходит за рамки данной главы.

Развитие отношений

Без участия учителя вмешательство в классе невозможно. Таким образом, участие учителей и развитие позитивных консультационных отношений имеют решающее значение. Мы призываем консультантов:

- 1) выразить энтузиазм по поводу совместной работы (например: «Спасибо за обращение. Я рад совместной работе»);

2) проявить сочувствие к трудному опыту учителя с ребенком (например: «Это звучит очень напряженно/сложно. Будет важно найти способ справиться с таким поведением»);

3) узнать и внимательно выслушать о текущем подходе учителя к ребенку, работе с классом и цели его или ее класса,

4) объяснить или прояснить вашу роль консультанта (например: «Моя цель – поддержать вас и помочь вам сосредоточиться на стратегиях, которые могут принести успех вам и ребенку». «Моя цель – работать с вами, чтобы определить эффективные стратегии, которые также соответствуют целям, которые есть у вас в классе. Если вы открыты для этого, я также рад предложить вам идеи о том, что, на мой взгляд, работает хорошо и что можно изменить, чтобы получить максимальную отдачу от стратегий, которые вы применяете»).

Если консультанты планируют понаблюдать за классом и учителем и высказать свое мнение, они могут сделать следующие утверждения.

- «Я хотел бы понаблюдать за вашим классом, чтобы увидеть, есть ли какие-либо закономерности, которые могут повлиять на наши решения о вмешательстве. Это устроит вас?»

- «Может, полезно взглянуть на ситуацию еще раз. Возможно, я смогу обнаружить закономерности, которых вы не замечаете».

- «Насколько вы открыты для получения отзывов и изменения некоторых из ваших стратегий, чтобы добиться мак-

симального успеха у ребенка?»

Выявление проблемы

Проблемы часто определяются несоответствием между наблюдаемым и требуемым уровнями поведенческих характеристик [Kratochwill et al., 2002]. Важно определить проблемы в наблюдаемых и измеримых терминах. Например, учитель может пожелать уменьшить количество «протестов» во время самостоятельной работы, потому что они мешают началу и завершению задачи. После обсуждения наблюдаемых компонентов «протеста» консультант и учитель определили, что протест детей включает в себя плач, опускание головы на стол, бросание карандаша, негативные высказывания о себе и неуважительное обращение к сверстникам и учителям. Кроме того, консультант и учитель смогли определить, что желаемое поведение включает в себя состояние, при котором дети хранят свои материалы на партах, говорят тихо и уважительно, демонстрируют начало задания (имя, написанное на листе бумаге) и поднимают руку, чтобы попросить о помощи. Таргетированное поведенческое интервью (см. ниже) предназначено для того, чтобы помочь учителям выявить проблемные модели поведения, определить приоритетность тех аспектов, которые наиболее важны для улучшения академической или поведенческой деятельности, и разработать рабочие определения поведения, которые вно-

сят ясность для ребенка, учителя, опекуна и консультанта, а также способствовать последовательному выполнению вмешательства.

Ключевое поведение – это факторы, которые предшествуют выявленному проблемному поведению. С концептуальной точки зрения, всякий раз, когда снижается уровень ключевого поведения, во многих сферах поведения происходят положительные изменения. Например, в предыдущей ситуации консультант может обратить внимание на неуважительную манеру речи для сверстников и учителей, потому что она является наиболее оскорбительной. На первый взгляд это неуважение может показаться явной поведенческой проблемой. Однако такое поведение может на самом деле происходить из разочарования и неуверенности, которые испытывает ученик из-за недостатка своих математических навыков. Наличие стратегии академической поддержки (например, наличие таблицы математических фактов во время самостоятельной работы) и более мелкая задача, которую нужно выполнить (например, написать имя на бумаге и попытаться решить два примера), могут облегчить этот стресс и уменьшить количество «протестов». Таким образом, при выявлении проблемного поведения консультанты должны внимательно прислушиваться к подсказкам, которые могут указывать на ключевые особенности поведения, предшествующие модели поведения или те, которые возникают первыми в цепочке поведения.

Чтобы определить проблемное поведение и/или возможные проблемы, консультанты могут использовать открытые вопросы и утверждения, например следующие.

- «Что вас беспокоит в первую очередь?»
- «Как вы думаете, что мешает желаемому поведению?»
- «Расскажите мне подробнее об этой ситуации».
- «Что происходит непосредственно перед поведением?»
- «Что обычно происходит сразу после поведения?»
- «Когда возникает такое поведение? В какое время дня оно является наиболее проблемным (например, весь день, утро, обед, определенный период или предмет)?»
- «Где обычно проявляется поведение (например, в классе, на детской площадке, холле, автобусе)?»
- «Каковы характеристики этой обстановки (например, индивидуальная работа в классе, групповое задание, расположение парт, количество присутствующих в классе учащихся и взрослых)?»

Разработка решения

После определения проблемы консультанты должны спросить учителя, какие идеи он или она может предложить для возможного решения, включая стратегии, использованные в прошлом с другими учениками, или идеи, которые рассматриваются, но еще не опробованы.

Ниже приведены утверждения и вопросы, которые кон-

сультант может использовать в этом процессе.

- «Давайте составим список возможных способов решения этой проблемы. Тогда мы сможем решить, что может сработать лучше всего».

- «Как вы думали о попытке решить эту проблему?.. Это отличная идея. Давайте обсудим это подробнее».

- «Я знаю, что у другого учителя сработала одна идея...»

- «Это может быть хорошим решением. Расскажи мне подробнее о том, как это могло бы выглядеть в ежедневной жизни».

- «У меня была одна идея... Хотите добавить ее в список?»

- «Я хочу убедиться, что мы рассмотрели все варианты. Можем ли мы обсудить еще несколько идей, прежде чем выбрать одну?»

- «Мне нравится эта идея. Давайте добавим еще одну, а затем выберем ту, которая кажется лучшей».

Учителя обычно придумывают решение, пробуют его в течение короткого периода времени и легко делают вывод об этом решении, не применяя систематического подхода к его реализации или оценке. Также возможно, что по прибытии консультанта учитель может сообщить, что он или она уже пробовали несколько решений, и они не работают. В этих случаях консультанты должны собрать подробную информацию о решениях и о том, как они были реализованы. Если решение основано на эффективной стратегии, но просто бы-

ло реализовано плохо (или в течение слишком короткого периода времени), тогда обсуждение может быть сосредоточено на уточнении процесса систематической реализации.

Выбор решения

Когда у консультанта есть список решений, он или она просматривает решения и просит учителя выбрать одно или несколько для реализации в течение следующих двух недель (до следующей консультации). Когда консультант рассматривает каждый вариант, он или она спрашивает, что, по мнению учителя, является преимуществами и недостатками каждой стратегии с учетом осуществимости/практичности для учителя, влияния на ребенка, потенциала решить выявленную проблему, реакции других людей (например, родителей или директора школы) и/или соответствие научно обоснованным стратегиям.

Ниже приведены возможные подсказки для обсуждения.

- «Это хороший список. Что из этого, по вашему мнению, для вас наиболее целесообразно реализовать?»
- «Как вы думаете, что из этого, скорее всего, улучшит поведение ребенка?»
- «Что из этого, по вашему мнению, лучше всего решит выявленную проблему?»
- «Как вы думаете, как его или ее опекун отреагирует, если мы это сделаем?»

- «Как вы думаете, какотреагирует на это директор школы?»
- «Исходя из того, что мы обсуждали, что бы вы хотели выбрать?.. ОК. Отлично. Давай поговорим об этом подробнее».

Реализация решения

После выбора решения консультанты должны обсудить детали реализации этого решения. Детали, которые следует обсудить, включают в себя конкретное поведение, которым будет заниматься учитель, необходимые материалы, как и когда новая стратегия будет представлена ребенку и другим (например, родителям, учителям) и когда она начнет-ся. Может быть, полезно подробно обсудить с учителем детали этого процесса, выделив язык и другие элементы, которые он или она будет использовать. Консультантам также рекомендуется задавать вопросы о возможных проблемах, которые могут возникнуть, и действиях, которые можно предпринять, чтобы предотвратить эти проблемы или решить их, если они возникнут.

В этом обсуждении постарайтесь подчеркнуть важность систематического внедрения новой процедуры и документирования реакции ребенка.

- «Чтобы убедиться, что все идет хорошо, может быть полезно просто пройти по плану. Как вы себе представляете,

как это будет происходить?»

- «Что вы скажете ребенку, когда случится нежелательное поведение?»
- «Как вы отметите это на его или ее DRC?»
- «Где вы разместите материалы?»
- «Как вы думаете, вы опишете это ребенку?»
- «Что я могу сделать, чтобы помочь вам добиться успеха в первую неделю?»
- «Как вы думаете, что может помешать вам сделать это на этой неделе? Что мы можем сделать, чтобы предотвратить поведение?»
- «Чтобы определить, работает ли эта стратегия, важно собрать информацию о реакции ребенка. Давайте обсудим, какие данные мы рассмотрим, чтобы определить его или ее ответ на наши меры».

Оценка решения

После того как план внедрения будет рассмотрен, не забудьте согласовать план оценки и время встречи для обзора данных и дальнейшего решения проблем. Консультанты могут сделать следующее заявление: «Чтобы мы могли определить, работает ли эта стратегия, будет важно собрать информацию о реакции (ребенка). Давайте обсудим, какие данные мы рассмотрим, чтобы определить его или ее ответ».

Если вмешательство – это DRC, данные о реакции на вме-

шательство могут быть взяты из ежедневных данных. Когда консультант вернется на следующий сеанс, он или она должны проанализировать, как план прошел в соответствии с отчетом учителя и данными DRC ребенка (или согласованными данными мониторинга успеваемости). Основываясь на этих данных, консультант должен спросить учителя, хочет ли он или она доработать или изменить план реализации для улучшения положительных результатов. Современные данные свидетельствуют о том, что положительные результаты DRC могут быть обнаружены в течение одного-двух месяцев.

Таким образом, если стратегия была опробована с хорошей приверженностью в течение четырех-восьми недель, но без желаемых результатов, консультанты возвращаются к процессу мозгового штурма и рассматривают одно решение из ранее продуманных других.

- «Основываясь на этой информации, как бы вы хотели действовать?»

- «Мы только что просмотрели много информации. Что бы вы хотели делать дальше?»

- «Итак, у нас есть варианты: продолжить этот план и поработать над небольшими изменениями, чтобы увидеть, сможем ли мы добиться желаемого результата, или вернуться к списку, который мы создали ранее, и выбрать другую стратегию для решения этой проблемы. Как бы вы хотели поступить?»

Разработка и реализация ежедневного табеля успеваемости в классе (DRC)

Мы сосредоточились на DRC как на стратегии выбора из-за наличия значительных исследований в поддержку ее использования [Vannest et al., 2010], а также потому, что она сочетает в себе многие элементы рекомендованных научно обоснованных стратегий управления классом [Epstein et al., 2008].

То есть при правильном использовании вмешательство DRC может включать следующие стратегии:

- 1) утреннее приветствие для облегчения отношений между учениками и учителями и вовлечения в школьную жизнь;
- 2) контроль antecedents (т. е. изменение условия, чтобы предотвратить деструктивное поведение и способствовать желаемому поведению);
- 3) постановка цели (т. е. цели должны быть конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными, привязанными к срокам и предсказуемыми);
- 4) реакция – последствия (обозначение нежелательного поведения и обеспечение мягких последствий для устранения этого поведения);
- 5) последовательный распорядок дня для создания предсказуемой среды и содействия развитию навыков;
- 6) возможности для повторения, практики и развития на-

вызов с течением времени;

7) похвала и выделение успехов учащихся;

8) дифференцированное внимание (уделение большего внимания и подкрепления к желаемому поведению, чем к нежелательному);

9) мониторинг прогресса и принятие решений на основе данных;

10) общение между школой и домом.

В своей работе мы обнаружили, что DRC эффективны, когда консультант проводит собеседование по целевому поведению, просит учителя отслеживать выявленное целевое поведение в течение пяти дней, проводит совещание по разработке DRC, на котором базовые данные анализируются и используются для определения исходных целей для каждого целевого поведения и затем проводит встречу по началу применения DRC, где присутствуют учителя, родители и ребенок³. Ниже мы приводим отрывки из интервью о целевом поведении и презентации, организованной для представления DRC.

Выдержки из интервью по целевому поведению

Обратите внимание, что консультант сначала спрашивает

³ Ресурсы, связанные со всеми этими видами деятельности, можно найти на сайте: <http://oucirs.org/educators-mh-professionals>.

ет об общем подходе учителя к управлению классом. Это может предоставить полезную информацию об основании, на котором будет реализована программа DRC, и может помочь консультантам согласовать рекомендуемые стратегии с общим подходом учителя. Кроме того, обратите внимание, как консультант признает серьезность проблем, с которыми сталкивается учитель, и подтверждает положительные усилия, которые он или она прилагает. Консультант также задает открытые вопросы, которые способствуют решению проблем, продуктивному сосредоточению внимания на будущем (а не просто рассказам о прошлом) и преимуществах использования DRC для содействия приверженности учителя к вмешательству. Многие из этих стратегий совпадают с методами мотивационного интервьюирования [Rollnick, Kaplan & Rutschman, 2016].

Консультант: Спасибо, что направили ребенка в программу. Я очень рад работать с вами в этом году, чтобы помочь улучшить его или ее поведение и производительность.

Сегодня я хочу сделать две вещи. Во время первой части собеседования я хотел бы узнать больше о вашем подходе к управлению классом, чтобы я мог опираться на этот фундамент. А затем я хотел бы услышать о ребенке. Моя цель состоит в том, чтобы в конце интервью мы определили от двух до четырех типов поведения, которые вы будете отслеживать в течение одной недели; которые в конечном итоге станут целью (его или ее) табеля ежедневной успеваемости в классе.

В идеале это были бы модели поведения, которые, если бы мы их улучшили, оказали бы значительное влияние на (его или ее) академические и поведенческие функции. Как вам такой подход?

Учитель: Хорошо.

Консультант: Прежде чем мы начнем, я хотел бы сказать вам несколько вещей.

Моя цель – поддержать вас в реализации стратегий управления классом, выделить ваши сильные стороны и помочь вам совершенствовать те области, которые могут принести успех вам [и ребенку].

Я надеюсь, что по мере того, как мы лучше узнаем друг друга, мы сможем определить общие цели и вместе принимать решения. Я здесь не для того, чтобы рассказывать вам, что делать в вашем классе. Но я здесь, чтобы поддержать вас, помочь вам провести мозговой штурм и решить проблемы, когда становится сложно. И иногда я могу даже предложить вам думать о ситуациях немного иначе, если я считаю, что это поможет достичь целей, которые вы поставили перед (ему или ей) и своим классом. Было бы нормально?

Учитель: Да, это звучит нормально.

Консультант: Я также буду посредником между школой и домом. Я буду ориентировать его или ее родителей в отношении вмешательства табеля ежедневной успеваемости в классе и посоветую им пересматривать его каждый день вместе с ребенком.

Я очень открыт для обратной связи, поэтому, если вы почувствуете, что я делаю что-то бесполезное или что-то, что вы хотите, чтобы я делал больше, сообщите мне.

Итак, если вы не возражаете, я хотел бы поговорить о стратегиях управления классом.

(Учитель утвердительно кивает.)

Консультант: Как вы обычно отвечаете на положительное поведение учеников?

Учитель: В моем классе есть система цветных зажимов. У каждого ученика есть зажим, и он или она начинает день с зеленого. Дети могут перейти вниз к желтому, оранжевому и красному, и они могут продвигаться вверх к синему, фиолетовому и розовому. Зажим может перемещаться вверх и вниз в течение дня. Если они ведут себя хорошо и помогают своим сверстникам, я говорю им, что они могут переходить на уровень выше. Я также стараюсь замечать их хорошее поведение и делать на нем акцент.

Консультант: Итак, вы используете два вида мотиваторов: систему клипов и похвалу.

Учитель: Да, я пришла к тому, что полезно и то и другое.

Консультант: Расскажите мне о преимуществах этих стратегий.

Учитель: Ну... система зажимов позволяет детям, у которых обычно зеленый клип, попробовать перейти на более высокий уровень. А похвала, ну, ребятам очень нравится, и они улыбаются. Я даже несколько раз замечала, что, когда

я говорю: «Отлично тихо работал» одному ученику, другие рядом тоже успокаиваются.

Консультант: Эффект домино на других детей.

Учитель: Да, я не знаю, это только эта группа, но я должна не забывать использовать эту тактику чаще, потому что она действительно помогает всем.

Консультант: Кажется, вы действительно думаете о том, как максимально использовать эту стратегию. Как похвала может быть полезна ребенку?

Учитель: Мне кажется, я не хвалю ее так часто, потому что не замечаю в ней хорошего поведения. Трудно сосредоточиться на положительном, потому что все, что она дает вам, – отрицательное. Но, может быть, если бы я хвалила ее больше или, по крайней мере, хвалила бы окружающих, возможно, она вела бы себя лучше.

Консультант: Она сложный ребенок, но ваша похвала может дать ей сигнал о том, какие типы поведения ей следует развивать.

Учитель: Да, наверное.

Консультант: Вы много делаете, чтобы сосредоточиться на позитивном поведении детей. Как вы обычно реагируете на негативное поведение учеников?

Учитель: Ну, наверное, это одна из моих слабых сторон. Мне, наверное, следовало бы говорить некоторым детям переходить на уровень ниже, но я сторонюсь негативной реакции с их стороны. Если их клипы станут красными, то

мне тогда придется звонить их родителям. Мои дети обычно не доходят до низшей оценки. Я предпочитаю сделать им несколько предупреждений, прежде чем сказать им, чтобы они перешли на уровень ниже, так что, когда я понижаю их уровень, это кажется справедливым. Иногда это работает, иногда нет.

Консультант: Итак, вы предпочли бы избегать этих потенциально негативных взаимодействий с учениками, но вы также знаете, что важно, что бы были последствия.

Учитель: Да, я знаю, что детям нужно знать границы. Я просто не знаю, как это сделать и не допустить взрыва. Так что, если у вас есть идеи, я вся внимание.

Консультант: Итак, вы готовы опробовать новые стратегии.

Учитель: Да, я хочу больше использовать клипы, я просто не хочу сильно отвлекаться от урока.

Консультант: Отлично. Я могу сказать, что вы хотите лучшего для учеников. По мере того как мы перейдем к обсуждению вмешательства для ребенка, я позабочусь о том, чтобы мы посвятили время тому, чтобы помочь вам с этой стратегией. Спасибо, что поделились всем этим со мной. Теперь я могу лучше интегрировать вмешательство ребенка в ваш существующий подход.

Итак, давайте поговорим о ребенке. Я хотел бы составить список всех типов поведения, которые вы хотели бы устранить. Мы можем поговорить о каждом поведении, а затем

расставить приоритеты для двух-четырех видов поведения, на которые мы хотим направить внимание в первую очередь. Как это звучит?

Учитель: Звучит хорошо. Здесь столько всего. Она не может держать язык за зубами; она никогда не занимается тем, что задано, постоянно где-то витает во время урока, не сидит на месте. Я даже не знаю... с чего начать?

Консультант: Вам действительно приходится справляться с очень многим. Должно быть, очень сложно преподавать со всем этим разрушительным поведением.

Учитель: Когда она нарушает правила, это сбивает весь класс. Так что это влияет на ребенка и класс в целом. Это влияет на обучение каждого; мы не можем заниматься. Она вытягивает меня в негатив. Что меня очень расстраивает. Ее оценки также падают из-за того, что она не выполняет работу; мы подошли к концу семестра, а она сделала только четверть работы.

Консультант: Ее поведение влияет на ее работу и эффективность других. Поэтому очень важно, чтобы мы помогли вам бороться с этим поведением.

Учитель: Да, полагаю, нам обязательно нужно что-то делать.

Консультант: Как бы выглядел ваш класс, если бы мы могли уменьшить ее проблемное поведение?

Учитель: Ну, наверное, было бы тише; мы действительно могли бы спокойно пройти весь урок. Я бы, наверное, мень-

ше нервничала.

Консультант: Вмешательство в некоторые из этих форм поведения действительно может иметь значение.

ОК. Итак, давайте выберем три варианта поведения, которые являются для вас наиболее проблемными или приоритетными.

Учитель: Ладно, меня больше всего беспокоит то, что она меня перебивает, вскакивает с места и не выполняет свою работу. Я знаю, что она способная. У меня есть другие дети, которые менее способны, чем она, и у них все равно получается справиться с большей частью заданий.

Консультант: Хорошо. Начнем с перебивания. Как это выглядит в вашем классе?

Учитель: Каждый раз, когда я говорю или другой ученик говорит, она что-то выкрикивает; или в то время, когда нужно сидеть и работать тихо, она издает какие-то звуки, отвлекающие весь класс.

Консультант: Хорошо. Вы говорите, что она перебивает и говорит, когда говорит другой человек. Я правильно понимаю?

Учитель: Да, во время уроков я хочу, чтобы она подняла руку и ждала, когда ее спросят. А когда мы работаем самостоятельно, я хочу, чтобы она работала тихо, не разговаривая с другими и не отвлекаясь. Она сама не занимается делом и отвлекает других.

Консультант: Хорошо. Мы поговорим подробнее о каж-

дом из этих моментов через минуту, а пока я запишу «перебивает» во время уроков и это определение. (*Записывает: «говорит, когда говорят другие».*) Еще вы упомянули, что она встает со своего места. Расскажите мне об этом.

Учитель: Она всегда встает с места и ходит по классу. Оказывается, ей всегда нужны то салфетки, заточить карандаш, или найти материалы, все что угодно, чтобы не сидеть. Я постоянно говорю: «Вернись на свое место». А к концу урока у нее почти ничего не сделано.

Консультант: Звучит сложно. В основном это время тихой самостоятельной работы?

Учитель: Да, это самое худшее.

Консультант: И вы бы определили «на своем месте» как то, что она непосредственно сидит на стуле или просто находится на расстоянии вытянутой руки от ее стола?

Учитель: О, если бы мы могли добиться, чтобы она оставалась около своего стола, это был бы прогресс. Я не против, чтобы она стояла рядом со своим столом, если бы она могла делать это тихо и выполнять свою работу.

Консультант: Хорошо. Поэтому я запишу «не на месте» и определяю это как «дальше, чем на расстоянии вытянутой руки от ее стола». А теперь расскажите мне о том, как она не справляется с заданиями.

Учитель: Ну, как я уже сказала, она так много занимается посторонними делами, что мало что успевает сделать. Я думаю, она способная. Случалось, что она сдавала хорошие

работы. Но это примерно один день в неделю. В противном случае она делает только половину задания. Или она пропускает задания и делает только то, что дается ей легко. Она делает все возможное, чтобы избежать работы, и занимается, если только я стою прямо над ней.

По каждому из этих вариантов поведения консультант мог задать следующие вопросы.

- «Что происходит непосредственно перед поведением?»
- «Что обычно происходит сразу после поведения?»
- «Когда возникает такое поведение и в какое время дня оно является наиболее проблемным (например, весь день, утро, обед, определенный период или предмет)?»
- «Где обычно проявляется поведение (например, в классе, на детской площадке, холле, автобусе)?»
- «Каковы характеристики этой обстановки (например, индивидуальная работа сидя, групповое задание, расположение стульев, количество присутствующих других учащихся и взрослых)?»

Консультант: Итак, я начинаю замечать закономерность. Она часто не сидит на месте, и это мешает ей выполнять свою работу. А когда она сидит на своем месте, она шумит или пытается поговорить с другими. И тем самым она избегает работы.

Учитель: Да, это правда.

Консультант (с любопытством): Таким образом, мы могли бы сосредоточить внимание на посторонних и меша-

ющих шумах и, вероятно, могли бы уменьшить их поведение. Но это не гарантирует, что она выполнит свою работу (*думает*).

Учитель: Думаю, нет. Она, вероятно, найдет способ развлечься с какой-нибудь резинкой.

Консультант (*с любопытством*): Но что, если бы мы нацелились на самостоятельную работу сидя и могли бы улучшить показатель выполнения ее работы. Как это может также решить проблему ее нестандартного и деструктивного поведения?

Учитель: Хм. Что же, да, я думаю, она должна сидеть на своем месте, чтобы делать свою работу, так что это было бы хорошо.

Консультант: И если мы будем мотивировать ее выполнять свою работу, она может меньше мешать другим. Таким образом, мы могли бы повлиять на два других поведения, ориентируясь на завершение работы. Вы были бы готовы отслеживать выполнение работы?

Учитель: Да. Я могу сделать это.

Консультант: Отлично. (*Записывает.*) Чтобы сделать это возможным, вы можете просто указать, на сколько процентов она выполнила задания: примерно 0, 25, 50, 75 или 100 %. Это работает?

(*Учитель кивает.*)

Консультант: Хорошо, отлично. Здесь у нас четыре варианта поведения. Вы хотите просто отслеживать перебива-

ние и завершение работы или было бы полезно отслеживать все четыре поведения, а затем использовать обнаруженные закономерности для принятия решения о наилучшем целевом поведении?

Учитель: Если бы мне нужно было делать это только одну неделю, я бы смогла оценить все четыре. Думаю, было бы хорошо посмотреть, есть ли закономерности.

Консультант: Отлично. Значит, вы можете видеть преимущества получения дополнительной информации, которая поможет нам принимать решения.

Учитель: Да, мы живем в эпоху решений, основанных на данных, верно (*с легким сарказмом*)?

Консультант (*улыбается*): Я ценю все, чем вы сегодня со мной поделились. Мне понравилось узнавать о вашем подходе к управлению классом. Я вижу, что вы тратите много времени и энергии на то, чтобы наладить позитивное взаимодействие со своими учениками. Я также теперь понимаю, какие трудности доставляет поведение ребенка. Оно мешает ее успеваемости, мешает учебе всего класса и создает стресс. Похоже, вы готовы отслеживать это поведение. Это даст нам хорошую информацию для подготовки табеля ежедневной успеваемости в классе. Можем ли мы встретиться в это время на следующей неделе, чтобы рассмотреть, что вы отслеживали, и сформировать табель ежедневной успеваемости в классе?

Учитель: Да, хотелось бы начать скорее.

Далее следует выдержка из собрания, посвященного началу применения ежедневного табеля успеваемости в классе (DRC).

Консультант: Спасибо всем за тяжелую работу в течение последних двух недель над составлением этого плана. Как вы помните, мы сосредоточимся на том, чтобы Марио выполняла задания по математике, держала руки при себе и поднимала руку перед тем, как говорить. Все верно?

Учитель: Да, верно.

Консультант: Отлично, давайте на минутку рассмотрим, каковы эти цели, чтобы мы все были на одной волне, включая тебя, Марио! Итак, первая цель – выполнить 50 % работы в классе математики. Мисс Эрнандес, вы помните, что мы обещали сделать, чтобы помочь Марио добиться этого?

Учитель: Да, мы решили, что в начале урока я отмечу строку в середине страницы, чтобы напомнить Марио, что она должна выполнить хотя бы столько. Затем, в конце урока, мы просмотрим ее работу и определим, была ли выполнена хотя бы половина работы.

Консультант: Марио, это означает, что ты получишь «плюс» для этой цели, если твой учитель увидит, что ты выполнила хотя бы половину своей работы на уроке математики. Как ты думаешь, ты сможешь это сделать?

Ребенок: Да, я могу это сделать.

Консультант: Отлично! Следующая цель – держать руки при себе, прикасаясь к другим в двух или меньшем количе-

стве случаев. Мы решили, что хотим иметь возможность напоминать Марио об этом. Итак, в первый и второй раз, когда она прикасается к кому-то еще, ей скажут, что это поведение будет отмечено в ее таблице ежедневной успеваемости в классе. Если Марио сделает это в третий раз, она заработает «минус» за эту цель. Марио, для ясности, держать руки при себе – значит не тыкать, не бить и не обнимать других людей. Тебе понятно?

Ребенок: Да, мама говорит, что мне с этим тяжело.

Консультант: Да, поэтому мы постараемся помочь тебе, разместив это на твоем таблице ежедневной успеваемости в классе. Последняя цель – поднимать руку, когда хочешь что-то сказать, или меньше перебивать. Мы говорили о том, что одно из правил класса – поднимать руку перед тем, как говорить, верно, мисс Эрнандес?

Учитель: Да, верно. Это одно из правил во время обучения.

Консультант: Итак, мы говорили о том, что будем оценивать эту цель только во время самостоятельной работы, верно? Другими словами, когда дети выполняют больше интерактивных действий, а вы не инструктируете, они могут разговаривать друг с другом, не поднимая рук.

Учитель: Да, верно.

Консультант: Отлично. Итак, Марио, это означает, что, когда мисс Эрнандес говорит с классом во время обучения, ты должна поднять руку, прежде чем говорить. Твоя цель со-

стоит в том, чтобы делать так с пятью или менее напоминаниями. Итак, если ты выкрикнешь четыре раза, ты получишь «да» или «нет» в табель?

Ребенок: «Плюс».

Консультант: Верно, а если пять раз выкрикнешь?

Ребенок: Все еще «плюс»?

Консультант: Да, только если ты дойдешь до шести раз, ты получишь «минус». Тебе разрешается пять раз или меньше. Как ты думаешь, ты сможешь это сделать?

Ребенок: Звучит сложно, но я могу попробовать.

Консультант: Марио, работа мисс Эрнандес – напоминать тебе, когда ты перебиваешь или трогаешь других, чтобы ты знала, насколько ты близка к своей цели. Поэтому важно не спорить, когда она сообщает тебе о нарушении правил. Может быть, тебе будет полезно услышать, что она собирается сказать. Мисс Эрнандес, вы помните, как мы говорили об указании на поведение и связи этих замечаний с табелем ежедневной успеваемости в классе, чтобы Марио точно знала, какой у нее счет?

Учитель: Да, Марио. Я скажу: «Марио, это прерывание и “минус один” в твоём табеле».

Консультант: Верно. И мисс Эрнандес тоже будет помнить отслеживать это. Она будет очень тяжело работать, так что ты должен ей помогать. Марио, ты помнишь, что будет, если ты хорошо работаешь?

Ребенок: Да, я могу выбрать одно из угощений из списка.

Консультант: Я хочу убедиться, что все знают, что они будут делать в следующие несколько недель. Итак, можем ли мы выделить минутку, чтобы просмотреть все наши роли? Мисс Эрнандес, как бы вы описали, что вы будете делать?

Учитель: Я собираюсь использовать табель ежедневной успеваемости в классе с Марио. Если она нарушит правило, я напому ей, что это идет в ее табель, и помечу это как «плюс» или «минус», в зависимости от ее поведения. Я также собираюсь напомнить Марио о ее целях утром и в течение дня, а также о наградах, которые она может заработать за их достижение.

Консультант: Отлично. Марио, как ты думаешь, что тебе нужно делать?

Ребенок: Я буду хранить табель ежедневной успеваемости в классе в дневнике и буду вынимать его, когда его нужно посмотреть. Я хочу зарабатывать «плюсы» и приносить свой табель домой, чтобы мама могла посмотреть.

Консультант: Ты все поняла, Марио! Мама, а что вы собираетесь делать?

Мать: Я собираюсь проверять табель и вручать Марио ее награды, если она их заслужила.

Консультант: Мы будем отмечать любой успех Марио, потому что она очень старается. Есть вопросы?

Программа «Преодолевая горизонты»

«Преодолевая горизонты» (Challenging Horizons, СНР) – это школьная программа лечения подростков с СДВГ. Два компонента программы включают обучение организационным навыкам и обучение навыкам межличностного общения, и оба подхода описаны ниже вместе с примерами диалога из программы. Описания и диалоги взяты из программы «Преодолевая горизонты», когда она была интегрирована в учебный день в двух средних школах. Обычная помощь, предоставляемая ученикам с СДВГ в этих средних школах, включала в себя учебный зал для малых групп, в котором учитель работал с 10–15 учениками одного класса в течение каждого дня. Основная роль учителя заключалась в том, чтобы контролировать учеников и заставлять их работать над заданиями, рассказывать им, какие задания были им даны, и помогать им с проблемами, когда они с ними сталкиваются. Мы назвали этот подход «вмешательством приставания», и это обычная техника, которую используют родители и учителя детей и подростков с СДВГ. Хотя вмешательство приставания может принести краткосрочные положительные результаты, так как ученики выполняют больше работы, чем если бы к ним не приставали, они часто становятся зависимыми от учебного класса в небольших группах, чтобы поддерживать эти достижения, и не развивают компетен-

ций, которые могли бы позволить им самостоятельно соответствовать соответствующим возрасту ожиданиям (см. раздел «Модель жизненного пути»). Администраторы и учителя в обеих школах согласились заменить этот назойливый подход вмешательства на СНР в течение этих ежедневных 50-минутных уроков. В результате количество времени, которое предоставлялось СНР каждую неделю, было аналогичным такому (5×50 минут = 4 часа 10 минут) при методике вмешательства после школы, которая была оценена и описана ранее (две встречи по 2 часа 15 минут в неделю = 4 часа 30 минут) [Evans et al., 2016].

Тренинг организованности

Дезорганизация характеризует особенности и мышление детей и подростков с СДВГ, и это было продемонстрировано как экспериментально [Vigo, Evans & Owens, 2015], так и клинически [Sibley, Evans & Serpell, 2010]. Кроме того, неорганизованность и недостаток внимания к деталям характеризуют профили академических навыков учеников с СДВГ (например, письменная речь) [Molitor, Langberg & Evans, 2016]. Наконец, дезорганизация связана с неуспеваемостью детей с СДВГ [Langberg et al., 2011]. В результате обучение организационным навыкам было одним из первых мероприятий, включенных в программу, когда она была впервые разработана в 1999 г.

Учащиеся с СДВГ обучаются систематизировать свои материалы и записывать задания в соответствии с разработанным набором критериев, основанным на рекомендациях учителей и учеников средней школы. Есть 11 исходных критериев для материалов и еще четыре для отслеживания заданий, но они могут быть изменены в зависимости от ожиданий учителей и предпочтений учеников. Например, некоторые дети отслеживают свои задания на телефоне или планшете, и критерии корректируются соответствующим образом. В течение первого семестра студенты встречались с учителем три раза в неделю для проведения организационных проверок, а во втором семестре число таких встреч сократилось до двух раз в неделю.

Первые несколько встреч с учениками могут длиться 20 минут или больше, поскольку в это время они реорганизуют все свои материалы в соответствии с критериями. Последующие встречи часто занимают около 5 минут и проводятся под руководством ученика. Критерии перечислены в виде заголовков строк в таблице, доступной учащемуся. Заголовки столбцов – это даты, в которые проводится проверка организации. В ячейках пишут «Д» или «Н», чтобы указать «да» или «нет»: соответствует ли папка критерию в этот день. Нижняя строка предназначена для общего количества «Д» в столбце и может быть записана как дробь (общее количество «Д» от общего количества критериев) или преобразована в процент. Таблица всегда показывается ученику,

чтобы он или она могли видеть критерии, но хранит ее учитель. Учетная карточка со списком критериев может быть прикреплена к папке в качестве напоминания ученику.

Ниже приведен пример диалога между учителем и учеником на ранней встрече.

Учитель: Теперь, когда мы поговорили о правилах организации, давай возьмем твою папку и посмотрим, сможем ли мы все организовать. Не мог бы ты открыть папку?

Ученик: Хорошо, но она может быть немного в беспорядке.

Учитель: Ничего страшного. Во-первых, давай поднимем папку над столом и пусть все, что не зафиксировано, упадет на стол.

Ученик (*подчиняется*): Эй, вот мой бланк разрешения на экскурсию в музей, в которую мы ходили на прошлой неделе!

Учитель: Почему у тебя в папке грязный носок?

Ученик: Я не знал, что он там...

Учитель: Так, давай вытащим все из папок и положим в стопку вот сюда. Согласно правилам организации, у тебя должна быть папка для каждого предмета и записная книжка для заданий в этой папке. Где твоя записная книжка?

Ученик: Она в моей книжной сумке. Я ей не пользуюсь, поэтому не люблю таскать с собой.

Учитель: Так как же ты записываешь и отслеживаешь свои задания, если не записываешь их в блокнот?

Ученик: Я их запоминаю.

Учитель: Мы вчера обсуждали это. По-видимому, ты не все их помнишь, потому что у тебя много пропущенных заданий на большинстве уроков. Эта организационная система включает в себя использование записной книжки с заданиями, так что давай попробуем. (*Смотрит в папку.*) Я вижу файлы по английскому языку, естествознанию и математике. Где твой файл по обществознанию?

Ученик: Он должен быть здесь.

Учитель: Но его нет.

Ученик: Тогда я не знаю, где он.

Учитель: Я дам тебе новый файл, который ты можешь использовать для этого урока. Если ты найдешь свой старый файл по обществознанию, мы можем переместить вещи из него в новую. Еще я даю тебе файл для домашних заданий. Согласно системе, он тоже идет в твою папку, и ты кладешь в него домашние задания. Теперь к папке прикреплена записная книжка с заданиями, за которой следуют файлы с предметами и файл с домашними заданиями. Теперь давай посмотрим, что в этой куче. Что это?

На этом этапе учитель и ученик обсуждают каждый предмет в стопке и определяют, есть ли необходимость в его хранении и где его разместить в соответствии с критериями организации. В результате этого процесса обычно образуется большая куча мусора. В каждой предметной папке есть один карман для выполненных заданий, которые еще не были переданы учителю, и другой карман для других материалов. В

конце этого процесса папка ученика должна соответствовать критериям организованной папки. Никакая информация не должна записываться в таблице отслеживания организации на этом этапе, если только учитель не желает записать базовый балл (это почти всегда 0).

Учитель проводит первые несколько проверок после первого занятия. Он читает критерий и просит ученика показать соответствующий раздел папки, и они решают, соответствует ли она критерию. Учитель ставит соответствующую отметку в таблице. Обычно в течение 10 занятий ученик начинает проводить проверку организации сам, и каждая такая встреча длится около 5 минут или меньше.

Ученик: Здесь говорится о том, что в папке не должно быть незакрепленных бумаг (*поднимает папку и встряхивает ее, чтобы показать отсутствие незакрепленных бумаг*), так что первый пункт – «да». Здесь написано, что записная книжка с заданиями должна быть прикреплена к папке спереди, вот она здесь, так что это «да».

(Этот процесс продолжается по каждому из критериев.)

Учитель: Отличная работа сегодня. Ты набрал 100 %. Вчера ты упомянул, что ваш учитель английского языка начинает что-то новое, связанное с ведением дневника. Расскажи мне об этом.

Ученик: У нас есть этот дневник, который мы должны держать при себе, и мы должны писать что-то по крайней мере три раза в неделю. Это глупо.

Учитель: Хм-м-м. Глупый дневник. Как ты думаешь, ты сможешь это отслеживать?

Ученик: Не знаю. Он в моей сумке с книгами. Я буду просто делать это и все.

Учитель: Это могло бы сработать. Я подумал, что, возможно, ты захочешь сделать этот дневник частью своей организационной системы. Ты отлично справляешься, и у тебя не так много пропущенных заданий, как раньше, поэтому, похоже, у тебя отлично получается.

Ученик: Думаю, можно так сделать. Я мог бы просто оставить его в файле с домашними заданиями.

Учитель: Хорошая идея. Ты бы оставил его там, даже если бы уже написал в нем трижды?

Учитель: После третьего раза я могу положить его в файл с английским.

Ученик: Хорошая идея. Таким образом, если он находится в файле с домашними заданиями, вы знаете, что тебе нужно написать еще, а если он находится в папке по английскому языку, ты знаешь, что закончил задание на эту неделю. Хорошая мысль!

Ученик: Спасибо.

Учитель: Можем ли мы добавить это в нашу систему отслеживания, чтобы ты неукоснительно придерживался своего плана?

Ученик: Наверное. Вы хотите сказать, что мы должны добавить правило?

Учитель: Это могло бы сработать. Что там должно быть сказано?

Ученик: Можно написать: «Дневник по английскому в файле».

Учитель: Отличная идея. Может быть, это могло бы быть даже более конкретно. Например, дневник не должен лежать в файле по химии, верно?

Ученик: Да. Как насчет «Дневник лежит в папке с домашними заданиями или в папке по английскому языку»?

Учитель: Это могло бы сработать. Я добавлю это правило в таблицу отслеживания организации, и мы начнем проверять его на следующей встрече.

Этот диалог представляет собой пример того, как ученик ведет встречу и как критерии могут измениться, когда учителя меняют свои ожидания от учеников. Этот диалог характерен для многих учащихся средней школы, участвовавших в программе СНР, но, конечно, не для всех учеников. Есть дети, которые настроены против, или не хотят, чтобы другие читали их материалы, или у которых нет папки, и многие другие варианты.

Обучение навыкам межличностного общения

Обучение навыкам межличностного общения
(Interpersonal Skills Training, ISG), компонент программы

СНР, предназначен для улучшения социального функционирования подростков с СДВГ. Он согласован с обучающими мероприятиями, поскольку делает упор на расширенную практику с обратной связью по результатам занятий. Есть некоторые свидетельства улучшения социального функционирования, связанного с обучением навыкам межличностного общения как частью СНР [Evans et al., 2007; Schultz et al., 2017], но необходимы дополнительные разработки и оценка. Тем не менее, учитывая отсутствие какого-либо альтернативного лечения, демонстрирующего преимущества в социальном функционировании детей или подростков с СДВГ, тот факт, что есть некоторая поддержка эффективности ISG, обнадеживает. ISG является новым методом и заметно отличается от традиционных программ обучения социальным навыкам. Традиционные программы обучения социальным навыкам носят преимущественно образовательный характер и практически не приносят пользы для детей и подростков с СДВГ. Им не хватает внимания к обширному обучению, которое присутствует в ISG, и внимания к интерпретации поведения других по отношению к собственному поведению, а также к развитию личных социальных целей.

Ниже приведен пример беседы из одной части группового вмешательства. В начале обучения ISG подростки проходят процедуру, которая включает определение двух или трех целей, описывающих, как они хотят, чтобы их воспри-

нимали их сверстники. Они начинают с общих терминов (например, «лидер», «дружелюбный»), и к ним добавляются модели поведения, которые могут привести к тому, что у других возникнут эти впечатления. Подростки обсуждают, как они могут извлечь уроки из отзывов своих сверстников, если поведение, которое они демонстрируют, имеет ожидаемый эффект создания впечатлений, соответствующих их целям. Этот процесс включает в себя множество небольших конкретных шагов для достижения описанного обучения. Следуя этому процессу, подростки участвуют в общественной деятельности со сверстниками. Подростки могут участвовать в выборе занятий, если они предполагают активное социальное взаимодействие между участниками группы (обычно от четырех до восьми подростков). Занятия длятся 30–45 минут, и учителя наблюдают, чтобы отметить степень, в которой подросток демонстрирует поведение, соответствующее его или ее целям, и характер обратной связи со стороны сверстников. Особое внимание уделяется тому, чтобы помочь подросткам лучше наблюдать реакцию других на свое поведение и эффективнее учитывать эту обратную связь в их поведенческом выборе, поскольку оба этих навыка часто недостаточны у подростков с СДВГ. Примерно с 8–10-минутными интервалами учитель отводит подростка в сторону, чтобы обсудить поведение и предоставить обратную связь, как в примере ниже. Шкала оценок, которую они используют, варьируется от –3 (*поведение создавало впечатле-*

ние обо мне, противоположное моей цели) до 3 (поведение поддерживало впечатление обо мне, соответствующее моей цели), где 0 означает, что поведение не повлияло на впечатления, связанные с целями.

Учитель: Так каковы твои цели?

Ученик: Я хочу, чтобы меня считали умным и смешным.

Учитель: Хорошо, как ты думаешь, как ты справился?

Ученик: Довольно хорошо. Я ставлю себе 2 балла за умного и 3 балла за смешного.

Учитель: Объясни почему.

Ученик: Ну, когда Марк задал вопрос о правилах игры, в которую мы играли, я ответил ему так, что это было умно. Это единственное, что я могу придумать для «умного».

Учитель: Я согласен с тем, что возможность ответить на его вопрос действительно помогала произвести впечатление, что ты умный. Ты заметил, что другие сделали или сказали, когда ты дал ответ?

Ученик: Марк сказал «спасибо». Это все, что я видел.

Учитель: Да, это было хорошо с его стороны, и это показало, что он оценил твой ответ. Я тоже не заметил других реакций. Я поставил тебе 1 балл за умного по той же причине, так что мы в значительной степени согласились в этом. Ты поставил себе 3 балла за смешного. Объясни, почему ты поставил 3 балла?

Ученик: Здесь я попал в точку. Я рассказал одну историю о том, что мисс Маркус сказала Бреду сегодня в нашем клас-

се, и все так смеялись! Они смеялись, поэтому я продолжал говорить об этом, и это было очень весело. Я определенно получил за это 3 балла.

Учитель: Ты заметил какую-нибудь другую реакцию со стороны окружающих, кроме смеха?

Ученик: Не то чтобы. Они думали, что это весело.

Учитель: Я видел, как многие смеются, но смеялись не все. Когда ты рассказал эту историю, Сэнди только покачала головой и ничего не сказала. Ты знаешь, почему она могла так отреагировать?

Ученик: Может, она не веселая... Не знаю.

Учитель: Она знает Брэда?

Ученик: Да, они с Брэдом друзья. Может, ей не нравилось, что я рассказываю историю, высмеивающую Брэда.

Учитель: Звучит правильно. Вдобавок, продолжая рассказ, ты заметил какую-либо еще реакцию детей, кроме смеха?

Ученик: Нет, кроме Сэнди, которая не смеялась.

Учитель: Я поставил тебе –3, потому что чем дольше ты говорил, тем меньше детей смеялось, а некоторые из них закатывали глаза и делали саркастические комментарии. Помнишь, когда Тим сказал: «Бла-бла-бла»? Похоже, они думали, что ты долго бессвязно болтаешь и начинаешь раздражать.

Ученик: Я думал, им было весело.

Учитель: Я думаю, что некоторым из них понравилось

вначале, но, продолжая так долго, ты, возможно, испортил впечатление, что ты смешной. Помнишь, что мы обсуждали другие примеры этого? Когда мы говорили об этом раньше, ты говорил о том, чтобы не рассказывать шутки, которые могут ранить чувства других, а рассказывать короткие истории. Думаю, сегодня ты забыл об этом.

После некоторого дополнительного краткого обсуждения этой информации учитель отправляет подростка обратно к групповой деятельности и продолжает наблюдать, прежде чем отвести другого ученика в сторону для предоставления ему обратной связи. Этот процесс часто повторяется в течение длительного периода времени. Эти разговоры должны длиться не более 3 минут, и цель состоит в том, чтобы обеспечить как минимум два сеанса обратной связи для каждого ученика в каждой группе. Некоторые учителя делали это с небольшими группами (от трех до четырех студентов), а сотрудники СНР организовывали группы до 12 студентов. Дополнительные элементы ISG сосредоточены на целях, касающихся того, как участники хотят, чтобы их воспринимали люди, отличные от сверстников (например, учителя, родители), и в уникальных ситуациях (например, встреча с директором школы из-за проблем с дисциплиной, приглашение кого-то на свидание). Кроме того, подростки учатся критически относиться к недавнему социальному взаимодействию с другими (с учителем или консультантом), рассматривающими их цели в ситуациях и то, как их поведение могло или

не могло соответствовать этим целям. Такая практика применения концепций ISG также часто происходит в течение продолжительного периода времени, чтобы помочь подросткам научиться учитывать свое поведение в соответствии с их целями, чтобы это стало рутиной в повседневной социальной деятельности.

Необходимое соотношение персонала для группы и необходимость частых занятий ограничивают возможности реализации, тем не менее учителя предоставляли ISG во время занятий по программе СНР, а сотрудники – после школы и в группах, проводимых одновременно с родительскими собраниями. Крайне необходима разработка лечения, которое может существенно помочь подросткам с СДВГ улучшить их социальное функционирование, и ISG может стать шагом на этом пути, но в этом направлении требуется гораздо больше работы. Проблемы осуществимости ISG или любого эффективного лечения, возможно, потребуют дальнейшего рассмотрения после того, как доказательства будут достаточными для подтверждения его преимущества.

МОДЕЛЬ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ

Хотя определение «эффективного» метода применительно к лечению детей и подростков с СДВГ может показаться простым, существуют осложняющие факторы. Например, если ребенок с СДВГ пристает к ученику, сидящему рядом с

ним или с ней в классе, а учитель перемещает парту ребенка так, чтобы он или она находился слишком далеко от сверстников и не мог отвлекать их, эффективно ли это? Это действительно решает насущную проблему и может быть наиболее практичным решением на данный момент для учителя. Однако этот поступок, вероятно, не повлиял на вероятность того, что ребенок будет приставать к другим, когда они будут рядом с ним или с ней в будущем. Точно так же, если ученик средней школы с СДВГ не успевает на многих занятиях из-за того, что он или она не выполняет домашнее задание, устранение ожидания выполнить домашнее задание, не назначая его больше, вероятно, улучшит оценки ребенка. И снова краткосрочная проблема эффективно решена, однако ребенок не лучше справляется с самостоятельным выполнением заданий после элиминации ожидания, что он или она сделает работу. Как отмечалось ранее в этой главе, «нарушение» является функцией разницы между ожиданиями взрослых/общества и функционированием человека. Таким образом, степень выраженности нарушения можно уменьшить, изменив ожидания или функционирование. Часто легче хотя бы временно изменить ожидания, чем изменить функционирование. Такой подход характерен для родителей и учителей детей с СДВГ. Родители снижают ожидания в отношении работы по дому, когда заставить детей выполнять ее сложно и утомительно. Учителя снижают ожидания в отношении самостоятельного выполнения задания, уменьшая или устра-

няя ожидания в отношении выполнения домашнего задания или поручая взрослому поддерживать порядок и выполнение заданий у детей (например, учебные залы для небольших групп или учебные комнаты). Проблема с этим подходом состоит в том, что снижение ожиданий редко распространяется на взрослую жизнь и ситуации вне школы (например, работа, соблюдение законов). Более того, если единственное внимание уделяется снижению ожиданий, а не предоставлению вмешательств, чтобы помочь молодым пациентам успешно оправдать ожидания, то истинная степень нарушения усугубляется.

Осознание этой проблемы привело нас и других исследователей к разработке модели жизненного пути для принятия решений, связанных с последовательностью и приоритетом лечения детей с СДВГ [Evans, Owens, Mautone et al., 2014]. Руководящий принцип этой модели заключался в том, что методы лечения должны быть приоритизированы на основе вероятности помочь молодым пациентам самостоятельно оправдать соответствующие возрасту ожидания. Исходя из этого принципа, снижение ожиданий в качестве единственного подхода к сокращению нарушений будет иметь очень низкий приоритет, поскольку вероятность того, что снижение ожиданий поможет ребенку самостоятельно соответствовать возрастным ожиданиям, практически отсутствует. Мы сгруппировали процедуры по четырем категориям с указанием их приоритетности на рис. 4.1 в поряд-

ке расположения соответствующих слоев. Первый уровень включает в себя оценку окружающей среды, чтобы определить, может ли проблемное поведение ребенка быть нормальной реакцией на хаотическую среду или лечение вряд ли существенно улучшит проблемы в дисфункциональной обстановке. Данные, собранные на этом этапе, могут указывать на то, что перед началом собственно лечебного процесса могут потребоваться мероприятия, ориентированные на регулирование обстановки (например, помощь учителю в управлении классом, семейные вмешательства). После решения этих проблем, связанных с первым уровнем, в качестве второй по важности задачи рекомендуется психосоциальное вмешательство, направленное на повышение навыков и независимого функционирования. В случае успеха эти процедуры могут значительно улучшить функционирование после окончания лечения. Хотя достижение генерализованных результатов после периода лечения может быть сложной задачей, о них сообщалось для некоторых видов лечения. Лекарства являются третьим по значимости подходом и третьим уровнем из-за их потенциальных преимуществ для функционирования. Приоритет этого метода ниже психосоциального лечения из-за отсутствия доказательств для устойчивости с течением времени, что означает, что ребенок, вероятно, будет зависеть от продолжения приема лекарств, чтобы испытать улучшения в функционировании. Наконец, приспособления или снижение ожиданий являют-

лей и практиков на значимых изменениях в пределах нормального диапазона функционирования. Иногда статистически значимые различия в оценках по шкалам оценок или наблюдаемой частоте поведения имеют величину, которую родители или учителя не обнаруживают. Масштабы эффекта также могут вводить в заблуждение, поскольку иногда значительное влияние на рейтинги неконгруэнтно значимым изменениям со стороны окружающих. Дополнительное описание модели с примерами и деталями представлено в других главах [Evans, Owens, Mautone et al., 2014; Evans, Rybak, Strickland & Owens, 2014].

ВЫВОДЫ И ДАЛЬНЕЙШИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

По-прежнему существует потребность в разработке и оценке эффективных методов лечения детей и подростков с СДВГ, поскольку это заболевание является хроническим и приводит к значительным функциональным нарушениям. Разнообразие подходов к лечению значительно выросло за последние 10 лет. Теперь не все подходы являются поведенческими и опосредованными взрослыми в окружающей среде. Поведенческие подходы являются основой, особенно для детей дошкольного и младшего школьного возраста, но исследователи разработали и оценили различные подходы с использованием других моделей, таких как тренин-

ги, когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервью и физическая активность, иногда сочетания разных методик. Хотя не все из этих подходов, вероятно, приведут к эффективным методам лечения, наука требует эффективного объединения творческого потенциала и эмпирического подхода для улучшения наших методов лечения. Кроме того, для улучшения реализации уже установленных вмешательств необходимы дополнительные исследования. В клинической практике часто требуются комбинированные фармакологические и психосоциальные подходы к лечению, но остаются вопросы о том, какой должна быть последовательность лечения и каким образом следует комбинировать подходы при различных уровнях дозирования. Особая проблема, особенно среди подростков, – это вовлеченность и приверженность лечению. Более того, малоизученная популяция – это молодежь, переходящая из подросткового возраста во взрослый, поскольку практически нет исследований, которые могли бы помочь в практической работе с этими пациентами. Хотя студентам колледжей с СДВГ уделяется все больше исследовательского внимания, они представляют собой наименее уязвимую часть населения, и необходимы исследования и разработки с их сверстниками, не посещающими колледж. Несмотря на то что за последние 10 лет в лечении детей и подростков с СДВГ появилось множество инноваций, остается множество вопросов о том, как улучшить помощь и результаты. В настоящее время исследова-

тели работают над насыщенной программой, которая, несомненно, приведет к захватывающим инновациям и улучшениям в предоставлении помощи в ближайшие несколько лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Abikoff H.B.* Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye // *Journal of Learning Disabilities*. – 1991. – Vol. 24. – P. 205–209.

2. *Abikoff H.B., Gallagher R., Wells K.C., Murray D.W., Huang L., Lu F. & Petkova E.* Remediating organizational functioning in children with ADHD: Immediate and long-term effects from a randomized controlled trial // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 81. – P. 113–128.

3. *Abikoff H.B., Thompson M., Laver-Bradbury C., Long N., Forehand R.L., Brotman L.M., Sonuga-Barke E.* Parent training for preschool ADHD: A randomized controlled trial of specialized and generic programs // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2015. – Vol. 56. – P. 618–631.

4. *Achieving the promise: Transforming mental health care in America* (Executive summary, Publication № SMA-03-3831) / President's New Freedom Commission on Mental Health. – Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.

5. *Alvarado C. & Modesto-Lowe V.* Improving treatment in

minority children with attention deficit/hyperactivity disorder // *Clinical Pediatrics (Philadelphia)*. – 2017. – Vol. 56 (2). – P. 171–176.

6. *Arnold L.E.* Methyphenidate vs. amphetamine: Comparative review // *Journal of Attention Disorders*. – 2000. – Vol. 3. – P. 200–211.

7. *Arnold L.E., Elliott M., Sachs L., Bird H., Kraemer H.C., Wells K.C., Greenhill L.L.* Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2003. – Vol. 71. – P. 713–727.

8. *Barbaresi W.J., Katusic S.K., Colligan R.C., Weaver A.L., Leibson C.L. & Jacobsen S.J.* Longterm stimulant medication treatment of attentiondeficit/hyperactivity disorder: Results from a population-based study // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 2014. – Vol. 35. – P. 448–457.

9. *Barkley R.A.* The CDC and behavioral parent training for ADHD // *Mental Health Weekly*. – 2016. – Vol. 26. – P. 5–6.

10. *Barkley R.A. & Cox D.* A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance // *Journal of Safety Research*. – 2007. – Vol. 38. – P. 113–128.

11. *Barkley R.A., Edwards G., Laneri M., Fletcher K. & Metevia L.* The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their

combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2001. – Vol. 69. – P. 926–941.

12. *Barkley R.A., Fischer M., Smallish L. & Fletcher K.* The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2002. – Vol. 111. – P. 279–289.

13. *Barkley R.A., Guevremont D.C., Anastopoulos A.D. & Fletcher K.E.* A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1992. – Vol. 60. – P. 450–462.

14. *Baroni A. & Castellanos F.X.* Neuroanatomic and cognitive abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder in the era of “high definition” neuroimaging // *Current Opinion in Neurobiology*. – 2015. – Vol. 30. – P. 1–8.

15. *Barry T.D., Lyman R.D. & Klinger L.G.* Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance // *Journal of School Psychology*. – 2002. – Vol. 40. – P. 259–283.

16. *Bauermeister J.J., Shrout P.E., Chávez L., Rubio-Stipec M., Ramírez R., Padilla L., Canino G.* ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2007. – Vol. 48. – P. 831–

17. *Beauchaine T.P., Shader T.M. & Hinshaw S.P.* An ontogenic model of externalizing psychopathology // *The Oxford handbook of externalizing spectrum disorders* / edited by T.P. Beauchaine & S.P. Hinshaw. – New York: Oxford University Press, 2016. – P. 485–501.

18. *Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery G.* Cognitive therapy of depression. – New York: Guilford Press, 1979.

19. *Becker K., Bradshaw C.P., Domitrovich C.E. & Ialongo N.S.* Coaching teachers to improve implementation of the Good Behavior Game // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. – 2013. – Vol. 40. – P. 482–493.

20. *Bhat V., Joobar R. & Sengupta S.M.* How environmental factors can get under the skin: Epigenetics in attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 56. – P. 278–280.

21. *Biederman J., Faraone S., Mick E. & Lelon E.* Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1995. – Vol. 34. – P. 579–590.

22. *Blackman G.L., Ostrander R. & Herman K.C.* Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning // *Journal of Attention Disorders*. – 2005. – Vol. 8. – P. 195–207.

23. *Boyer B.E., Geurts H.M., Prins P.J.M. & Van der Oord S.* Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 24. – P. 1075–1090.

24. *Boyer B.E., Geurts H.M., Prins P.J.M. & Van der Oord S.* One-year follow-up of two novel CBTs for adolescents with ADHD // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2016. – Vol. 25. – P. 333–337.

25. *Braswell L. & Bloomquist M.L.* Cognitive-behavioral therapy with ADHD children. – New York: Guilford Press, 1991.

26. *Brems C.* Behavioral techniques // A comprehensive guide to child psychotherapy / edited by C. Brems. – 2nd ed. – Longrove, IL: Waveland Press, 2002.

27. *Burns B.J., Costello E.J., Angold A., Tweed D., Stangle D., Farmer E.M. & Erkanli A.* Children's mental health service use across service sectors // *Health Affairs*. – 1995. – Vol. 14. – P. 147–159.

28. *Bussing R., Schoenberg N.E. & Perwien A.R.* Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among African-American and white parents // *Social Science and Medicine*. – 1998. – Vol. 46. – P. 919–928.

29. *Bussing R., Zima B.T., Gary F.A. & Garvan C.W.* Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms // *Journal of Behavioral Health Services and Research*. – 2003. – Vol. 30. – P. 176–189.

30. *Cappella E., Hamre B.K., Kim H.Y., Henry D.B., Frazier S.L., Atkins M.S. & Schoenwald S.K.* Teacher consultation and coaching within mental health practice: Classroom and child effects in urban elementary schools // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2012. – Vol. 80. – P. 597–610.

31. *Cauce A.M., Domenech-Rodríguez M., Paradise M., Cochran B.N., Shea J.M., Srebnik D. & Baydar N.* Cultural and contextual influences in mental health help-seeking: A focus on ethnic minority youth // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2002. – Vol. 70. – P. 44–55.

32. *Chacko A., Bedard A.C., Marks D.J., Feirsen N., Uderman J.Z., Chimiklis A., Ramon M.* A randomized clinical trial of Cogmed working memory training in school-age children with ADHD: A replication in a diverse sample using a control condition // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2014. – Vol. 55. – P. 247–255.

33. *Chacko A., Feirsen N., Bedard A.C., Marks D., Uderman J.Z. & Chimiklis A.* Cogmed working memory training for youth with ADHD: A closer examination of efficacy utilizing evidence-based criteria // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2013. – Vol. 42. – P. 769–783.

34. *Chacko A., Pelham W.E., Gnagy E.M., Greiner A.R., Vallano G., Bukstein O.G. & Rancurello M.D.* Stimulant medication effects in a Summer Treatment Program among young children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

Psychiatry. – 2005. – Vol. 44. – P. 249–257.

35. *Chacko A., Wymbs B.T., Chimiklis A., Wymbs F.A. & Pelham W.E.* Evaluating a comprehensive strategy to improve engagement to group-based behavioral parent training for high-risk families of children with ADHD // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2012. – Vol. 40. – P. 1351–1362.

36. *Chacko A., Wymbs B., Wymbs F., Pelham W., Swanger-Gagne M., Girio E., O'Connor B.* Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2009. – Vol. 38. – P. 206–218.

37. *Chafouleas S.M., Sanetti L.M.H., Jaffery R. & Fallon L.M.* An evaluation of a classwide intervention package involving self-management and a group contingency on classroom behavior of middle school students // *Journal of Behavioral Education*. – 2012. – Vol. 21. – P. 34–57.

38. *Chambless D.L., Baker M.J., Baucom D.H., Beutler L.E., Calhoun K.S., Crits-Christoph P. & Woody S.R.* Update on empirically validated therapies II // *The Clinical Psychologist*. – 1998. – Vol. 51. – P. 3–16.

39. *Chambless D.L. & Hollon S.D.* Defining empirically supported therapies // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1998. – Vol. 66. – P. 7–18.

40. *Chambless D.L. & Ollendick T.H.* Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 685–716.

41. *Chambless D.L., Sanderson W.C., Shoham V., Bennett J.S., Pope K.S., Crits-Christoph P. & McCurry S.* An update on empirically validated therapies // *The Clinical Psychologist*. – 1996. – Vol. 49. – P. 5–18.

42. *Charach A., Carson P., Fox S., Ali M.U., Beckett J. & Lim C.G.* Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review // *Pediatrics*. – 2013. – Vol. 131 (5). – P. e1584–e1604.

43. *Cheng J.Y., Cheng R.Y., Ko J. & Ng E.M.* Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents-meta-analysis and meta-regression analysis // *Psychopharmacology*. – 2007. – Vol. 194. – P. 197–209.

44. *Chronis-Tuscano A., Clarke T.L., O'Brien K.A., Raggi V.L., Diaz Y., Mintz A.D., Lewinsohn P.* Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 81. – P. 918–925.

45. *Chronis-Tuscano A., Molina B.S., Pelham W.E., Applegate B., Dahlke A., Overmyer M. & Lahey B.B.* Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Archives of General Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67. – P. 1044–1051.

46. *Chronis-Tuscano A., O'Brien K.A., Johnston C., Jones H.A., Clarke T.L., Raggi V.L., Seymour K.E.* The relation

between maternal ADHD symptoms and improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2011. – Vol. 39. – P. 1047–1057.

47. *Cicchetti D. & Toth S.L.* The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2009. – Vol. 50. – P. 16–25.

48. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents / American Academy of Pediatrics Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management, M. Wolraich, L. Brown, R.T. Brown, G. Du-Paul, M. Earls, S. Visser // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 128. – P. 1007–1022.

49. *Coles E.K., Owens J.S., Serrano V.J., Slavec J. & Evans S. W.* From consultation to student outcomes: The role of teacher knowledge, skills, and beliefs in increasing integrity in classroom behavior management // *School Mental Health*. – 2015. – Vol. 7. – P. 34–48.

50. *Collins C., Hewson D.L., Munger R. & Wade T.* Evolving models of behavioral health integration in primary care. – New York: Milbank Memorial Fund, 2010.

51. *Conners C.K., Erhardt J.N., Epstein J.D.A., Parker G., Sitarenios E. & Sparrow E.* Self-ratings of ADHD symptoms in adults I: Factor structure and normative data // *Journal*

of Attention Disorders. – 1999. – Vol. 3. – P. 141–151.

52. *Connor D.F.* Stimulants // Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment / edited by R.A. Barkley. – 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2005. – P. 608–647.

53. *Connor D.F. & Doerfler L.A.* ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? // Journal of Attention Disorders. – 2008. – Vol. 12. – P. 126–134.

54. *Cook C.R., Lyon A.R., Kubergovic D., Wright D.B. & Zhang Y.* A supportive beliefs intervention to facilitate the implementation of evidence-based practices within a multi-tiered system of supports // School Mental Health. – 2015. – Vol. 7. – P. 49–60.

55. *Coughlin C.G., Cohen S.C., Mulqueen J.M., Ferracioli-Oda E., Stuckelman Z.D. & Bloch M.H.* Meta-analysis: Reduced risk of anxiety with psychostimulant treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. – 2015. – Vol. 25. – P. 611–617.

56. *Cunningham C.E., Boyle M., Offord D., Racine Y., Hundert J., Secord M. & McDonald J.* Triministry study: Correlates of school-based parenting course utilization // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 928–933.

57. *Danielson M.L., Bitsko R.H., Ghandour R.M., Holbrook*

J.R., Kogan M.D. & Blumberg S.J. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016 // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2018. – Vol. 47 (2). – P. 199–212.

58. *Daviss W.B.* A review of comorbid depression in pediatric ADHD: Etiologies, phenomenology, and treatment // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. – 2008. – Vol. 18. – P. 565–571.

59. *Dhamija D., Tuvblad C. & Baker L.A.* Behavioral genetics of the externalizing spectrum // *The Oxford handbook of externalizing spectrum disorders* / edited by T.P. Beauchaine & S.P. Hinshaw. – New York: Oxford University Press, 2016. – P. 105–124.

60. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Arlington, VA: Author, 2013.

61. *Diler R.S., Daviss W.B., Lopez A., Axelson D., Iyengar S. & Birmaher B.* Differentiating major depressive disorder in youths with attention deficit hyperactivity disorder // *Journal of Affective Disorders*. – 2007. – Vol. 102. – P. 125–130.

62. *Dongen-Boomsma M., Vollebregt M.A., Buitelaar J.K. & Slaats-Willemse D.* Working memory training in young children with ADHD: A randomized placebo-controlled trial // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2014. – Vol. 55. – P. 886–896.

63. *DuPaul G.J. & Eckert T.L.* The effects of school-based

interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis // *School Psychology Review*. – 1997. – Vol. 26. – P. 5–27.

64. *DuPaul G.J., Gormley M.J. & Laracy S.D.* Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment // *Journal of Learning Disabilities*. – 2013. – Vol. 46. – P. 43–51.

65. *DuPaul G.J., Kern L., Volpe R., Caskie G.I.L., Sokol N., Arbolino L., Pipan M.* Comparison of parent education and functional assessment-based intervention across 24 months for young children with attention deficit hyperactivity disorder // *School Psychology Review*. – 2013. – Vol. 42. – P. 56–75.

66. *DuPaul G.J., McGoey K.E., Eckert T.L. & Van-Brakle J.* Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2001. – Vol. 40. – P. 508–515.

67. *DuPaul G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R., McGoey K.E. & Ikeda M.J.* Teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data // *Psychological Assessment*. – 1997. – Vol. 9. – P. 436–444.

68. *Eiraldi R.B., Mazzuca L.B., Clarke A.T. & Power T.J.* Service utilization among ethnic minority children with ADHD: A model of help-seeking behavior // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. –

2006. – Vol. 33. – P. 607–622.

69. *Epstein J., Langberg J., Lichtenstein P., Kolb R., Altaye M. & Simon J.* Use of an internet portal to improve community-based pediatric ADHD care: A cluster randomized trial // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 128. – P. e1201–e1208.

70. *Epstein J., Langberg J., Lichtenstein P., Kolb R. & Simon J.* The myADHDportal.com improvement program: An innovative quality improvement intervention for improving the quality of ADHD care among community-based pediatricians // *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. – 2013. – Vol. 1. – P. 55–67.

71. *Epstein M., Atkins M., Cullinan D., Kutash K. & Weaver R.* Reducing behavior problems in the elementary school classroom (IES Practice Guide, NCEE 2008-012). – Washington, DC: What Works Clearinghouse, 2008.

72. *Evans S.W.* Mental health services in schools: Utilization, effectiveness, and consent // *Clinical Psychology Review*. – 1999. – Vol. 19. – P. 165–178.

73. *Evans S.W., Allen J., Moore S. & Strauss V.* Measuring symptoms and functioning of youth with ADHD in middle schools // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2005. – Vol. 33. – P. 695–706.

74. *Evans S.W., Brady C.E., Harrison J.R., Bunford N., Kern L., State T. & Andrews C.* Measuring ADHD and ODD symptoms and impairment using high school teachers' ratings // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2013. – Vol. 42. – P. 197–207.

75. *Evans S.W., Langberg J.M., Schultz B.K., Vaughn A., Altaye M., Marshall S.A. & Zoromski A.K.* Evaluation of a school-based treatment program for young adolescents with ADHD // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 84. – P. 15–30.

76. *Evans S.W., Owens J.S. & Bunford N.* Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2014. – Vol. 43. – P. 527–551.

77. *Evans S.W., Owens J.S., Mautone J.A., DuPaul G.J. & Power T.J.* Toward a comprehensive, Life Course Model of care for youth with ADHD // *Handbook of school mental health / edited by M. Weist, N. Lever, C. Bradshaw & J. Owens*. – 2nd ed. – New York: Springer, 2014. – P. 413–426.

78. *Evans S.W., Owens J.S., Wymbs B.T. & Ray A.R.* Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2018. – Vol. 47 (2). – P. 157–198.

79. *Evans S.W. & Pelham W.E.* Psychostimulant effects on academic and behavioral measures for ADHD adolescents in a lecture format classroom // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1991. – Vol. 19. – P. 537–552.

80. *Evans S.W., Pelham W. & Grudberg M.V.* The efficacy of notetaking to improve behavior and comprehension with ADHD

adolescents // Exceptionality. – 1995. – Vol. 5. – P. 1–17.

81. *Evans S.W., Pelham W.E., Smith B.H., Bukstein O., Gnagy E.M., Greiner A.R., Baron-Myak C.* Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. – 2001. – Vol. 9. – P. 163–175.

82. *Evans S.W., Rybak T., Strickland H. & Owens J.S.* The role of school mental health models in preventing and addressing children's emotional and behavioral problems // *Handbook of evidence-based practices for students having emotional and behavioral disorders* / edited by H.M. Walker & F.M. Gresham. – New York: Guilford Press, 2014. – P. 394–409.

83. *Evans S.W., Schultz B.K. & DeMars C.E.* High school based treatment for adolescents with ADHD: Results from a pilot study examining outcomes and dosage // *School Psychology Review*. – 2014. – Vol. 43. – P. 185–202.

84. *Evans S.W., Schultz B.K., DeMars C.E. & Davis H.* Effectiveness of the Challenging Horizons after-school program for young adolescents with ADHD // *Behavior Therapy*. – 2011. – Vol. 42. – P. 462–474.

85. *Evans S.W., Schultz B.K., White L.C., Brady C., Sibley M.H. & Van Eck K.* A school-based organization intervention for young adolescents with ADHD // *School Mental Health*. – 2009. – Vol. 1. – P. 78–88.

86. *Evans S.W., Serpell Z.N., Schultz B. & Pastor D.* Cumulative benefits of secondary school-based treatment of students with ADHD // *School Psychology Review*. – 2007. – Vol. 36. – P. 256–273.

87. *Eyberg S.M., Nelson M.M. & Boggs S.R.* Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37. – P. 215–237.

88. *Fabiano G.A., Chacko A., Pelham W.E., Robb J., Walker K.S., Wymbs F.A., Pirvics L.L.* A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Behavior Therapy*. – 2009. – Vol. 40. – P. 190–204.

89. *Fabiano G.A., Pelham W.E., Coles E.K., Gnagy E.M., Chronis-Tuscano A.M. & O'Connor B.C.* A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder // *Clinical Psychology Review*. – 2009. – Vol. 29. – P. 129–140.

90. *Fabiano G.A., Pelham W.E., Cunningham C.E., Yu J., Gangloff B., Buck M., Gera S.* A waitlist-controlled trial of behavioral parent training for fathers of children with ADHD // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2012. – Vol. 41. – P. 337–345.

91. *Fabiano G.A. & Pelham W.E.* Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: A case study // *Journal of Emotional and*

Behavioral Disorders. – 2003. – Vol. 11. – P. 122–128.

92. *Fabiano G.A., Pelham W.E., Gnagy E.M., Burrows-MacLean L., Coles E.K., Chacko A., Robb J.A.* The single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and methylphenidate for children with attention deficit hyperactivity disorder in a classroom setting // *School Psychology Review*. – 2007. – Vol. 36. – P. 195–216.

93. *Fabiano G.A., Schatz N.K., Morris K.L., Willoughby M.T., Vujnovic R.K., Hulme K.F., Pelham W.E.* Efficacy of a family-focused intervention for young drivers with attention-deficit hyperactivity disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 84. – P. 1078–1093.

94. *Fabiano G.A., Vujnovic R.K., Pelham W.E., Waschbusch D.A., Massetti G.M., Pariseau M.E., Greiner A.R.* Enhancing the effectiveness of special education programming for children with attention deficit hyperactivity disorder using a daily report card // *School Psychology Review*. – 2010. – Vol. 39 (2). – P. 219.

95. *Fernandez M.A. & Eyberg S.M.* Predicting treatment and follow-up attrition in parent-child interaction therapy // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2009. – Vol. 37. – P. 431–441.

96. *Fiks A.G., Mayne S., DeBartolo E., Power T.J. & Guevara J.P.* Parental preferences and goals regarding ADHD treatment // *Pediatrics*. – 2013. – Vol. 132 (4). – P. 692–702.

97. *Fiks A.G., Mayne S., Hughes C.C., DeBartolo E., Behrens C., Guevara J.P. & Power T.* Development of an instrument to measure parents' preferences and goals for the treatment of

attention deficit-hyperactivity disorder // Academic Pediatrics. – 2012. – Vol. 12. – P. 445–455.

98. *Flory K., Molina B.S., Pelham W.E., Gnagy E. & Smith B.* Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2006. – Vol. 35. – P. 571–577.

99. *Forehand R., Middlebrook J., Rogers T. & Steffe M.* Dropping out of parent training // Behaviour Research and Therapy. – 1983. – Vol. 21. – P. 663–668.

100. *Frazier T.W., Youngstrom E.A., Glutting J.J. & Watkins M.W.* ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students // Journal of Learning Disabilities. – 2007. – Vol. 40. – P. 49–65.

101. *Froehlich T.E., Fogler J., Barbaresi W.J., Elsayed N.A., Evans S.W. & Chan E.* Using ADHD medications to treat coexisting ADHD and reading disorders: A systematic review // Clinical Pharmacology and Therapeutics. – 2018. – Vol. 104. – P. 619–637.

102. *Garland A.F., Hawley K.M., Brookman-Frazee L. & Hurlburt M.S.* Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2008. – Vol. 47. – P. 505–514.

103. *George M.W., Zaheer I., Kern L. & Evans S.W.* Mental health service use among adolescents experiencing mental health

problems // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. – 2018. – Vol. 26. – P. 119–128.

104. *Gilbody S., Bower P., Fletcher J., Richards D. & Sutton A.J.* Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longerterm outcomes // Archives of Internal Medicine. – 2006. – Vol. 166. – P. 2314–2321.

105. *Gimpel G.A. & Kuhn B.R.* Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children // Child: Care, Health and Development. – 2000. – Vol. 26. – P. 163–176.

106. *Girio E.L. & Owens J.S.* Teacher acceptability of evidence-based and promising treatments for children with attention-deficit/hyperactivity disorder // School Mental Health. – 2009. – Vol. 1. – P. 16–25.

107. *Gould M.S., Walsh B.T., Munfakh J.L., Kleinman M., Duan N., Olfson M., Cooper T.* Sudden death and use of stimulant medications in youths // American Journal of Psychiatry. – 2009. – Vol. 166. – P. 992–1001.

108. *Graziano P.A., Slavec J., Hart K., Garcia A. & Pelham W.E.* Improving school readiness in preschoolers with behavior problems: Results from a summer treatment program // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 2014. – Vol. 36. – P. 555–569.

109. *Greenhill L.L., Kollins S.H., Abikoff H.B., Mc-Cracken J.T., Riddle M.A., Swanson J.M., Cooper T.* Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment with

preschoolers with ADHD // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2006. – Vol. 45. – P. 1284–1293.

110. *Guevara J., Fuedtner C., Romer D., Power T., Eiraldi R., Nihtianova S., Schwarz D.* Fragmented care for inner-city minority children with attention-deficit/hyperactivity disorder // Pediatrics. – 2005. – Vol. 116. – P. e512–e517.

111. *Haack L.M., Villodas M., McBurnett K., Hinshaw S. & Pfiffner L.J.* Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2017. – Vol. 45. – P. 841–855.

112. *Hägglöf B. & Gillberg C.* Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3- to 7-year-old children // Developmental Medicine and Child Neurology. – 2003. – Vol. 45. – P. 693–699.

113. *Hanisch C., Freund-Braier I., Hautmann C., Jänen N., Plück J., Brix G., Döpfner M.* Detecting effects of the indicated prevention programme for externalizing problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomized controlled trial // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2010. – Vol. 38. – P. 95–112.

114. *Hansen N.B., Lambert M.J. & Forman E.M.* The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2002. – Vol. 9. – P. 329–343.

115. *Harrison J., Bunford N., Evans S.W. & Owens J.S.* Educational accommodations for students with behavioral challenges: A systematic review of the literature // Review of Educational Research. – 2013. – Vol. 83. – P. 551–597.

116. *Hart K.C., Fabiano G.A., Evans S.W., Manos M.J., Hannah J.N. & Vujnovic R.K.* Elementary and middle school teachers' self-reported use of positive behavioral supports for children with ADHD: A national survey // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. – 2017. – Vol. 25 (4). – P. 246–256.

117. *Henggeler S.W. & Sheidow A.J.* Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents // Journal of Marital and Family Therapy. – 2012. – Vol. 38. – P. 30–58.

118. *Hinshaw S.P., Owens E.B., Wells K.C., Kraemer H.C., Abikoff H.B., Wigal T.* Family processes and treatment outcome in the MTA: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2000. – Vol. 28. – P. 555–568.

119. *Hoza B., Mrug S., Gerdes A.C., Hinshaw S.P., Bukowski W.M., Gold J.A., Arnold L.E.* What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 73. – P. 411–423.

120. *Hoza B., Smith A.L., Shoulberg E.K., Linnea K.S., Dorsch T.E., Blazo J.A., McCabe G.P.* A randomized trial examining the effects of aerobic physical activity on attention-deficit/

hyperactivity disorder symptoms in young children // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2015. – Vol. 43. – P. 655–667.

121. *Jans T., Jacob C., Warnke A., Zwanzger U., Groß-Lesch S., Matthies S., Philipsen A.* Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD?: A randomized controlled multicenter trial // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2015. – Vol. 56. – P. 1298–1313.

122. *Jaycox L.H., Langley A.K. & Dean K.L.* Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Program. – Arlington, VA: RAND Corporation, 2009.

123. *Jenkins L.N., Floress M.T. & Reinke W.* Rates and types of teacher praise: A review and future directions // *Psychology in the Schools*. – 2015. – Vol. 52. – P. 463–476.

124. *Jensen P.S., Hinshaw S.P., Kraemer H.C., Lenora N., Newcorn J.H., Abikoff H.B., Elliott G.R.* ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2001. – Vol. 40. – P. 147–158.

125. *Jensen P.S., Hinshaw S.P., Swanson J.M., Greenhill L.L., Conners C.K., Arnold L.E., Wigal T.* Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MPA): Implications and applications for primary care providers // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 2001. – Vol. 22. – P. 60–73.

126. *Jensen P.S., Martin D. & Cantwell D.P.* Comorbidity

in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-5 // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1997. – Vol. 36. – P. 1065–1079.

127. *Johnson E., Mellor D. & Brann P.* Differences in dropout between diagnoses in child and adolescent mental health services // Clinical Child Psychology and Psychiatry. – 2008. – Vol. 13. – P. 515–530.

128. *Johnston C. & Mash E.J.* Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research // Clinical Child and Family Psychology Review. – 2001. – Vol. 4. – P. 183–207.

129. *Jones H.A., Epstein J.N., Hinshaw S., Owens E.B., Chi T.C., Arnold L.E., Wells K.C.* Examining ethnicity as a moderator of treatment out-come for children with ADHD using parent-child interaction (PCI) ratings // Journal of Attention Disorders. – 2010. – Vol. 13. – P. 592–600.

130. *Kazdin A.E., Holland L. & Crowley M.* Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 65. – P. 453–463.

131. *Kazdin A.E. & Mazurick J.L.* Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1994. – Vol. 62. – P. 1069–1074.

132. *Kent K.M., Pelham W.E., Molina B.S., Sibley M.H., Waschbusch D.A., Yu J., Karch K.M.* The academic experience

of male high school students with ADHD // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2011. – Vol. 39. – P. 451–462.

133. *Kifer R.E., Lewis M.A., Green D.R. & Phillips E.L.* Training predelinquent youths and their parents to negotiate conflict situations // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 1974. – Vol. 7. – P. 357–364.

134. *Klein R.G., Mannuzza S., Olazagasti M.A.R., Roizen E., Hutchison J.A., Lashua E.C. & Castellanos F.X.* Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later // *Archives of General Psychiatry*. – 2012. – Vol. 69. – P. 1295–1303.

135. *Kofler M.J., Rapport M.D., Sarver D.E., Raiker J.S., Orban S.A., Friedman L.M. & Kolomeyer E.G.* Reaction time variability in ADHD: A meta-analytic review of 319 studies // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33. – P. 795–811.

136. *Kolko D.J., Campo J., Kilbourne A.M., Hart J., Sakolsky D. & Wisniewski S.* Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: A cluster randomized trial // *Pediatrics*. – 2014. – Vol. 133. – P. e981–e992.

137. *Kollins S.H., Jain R., Brams M., Segal S., Findling R.L., Wigal S.B. & Khayrallah M.* Clonidine extended-release tablets as add-on therapy to psychostimulants in children and adolescents with ADHD // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – P. e1046–e1413.

138. *Kratochvil C.J., Vaughan B.S., Stoner J.A., Daughton J.M., Lubberstedt B.D., Murray D.W., Maayan L.A.* A double-

blind, placebo-controlled study of atomoxetine in young children with ADHD // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – P. e862–e868.

139. *Kratochwill T.R., Elliott S.N. & Callan-Stoiber K.* Best practices in school-based problem-solving consultation // *Best practices in school psychology IV* / edited by A. Thomas & J. Grimes. – Washington, DC: National Association of School Psychologists, 2002. – P. 583–608.

140. *Langberg J.M.* Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS) interventions: A treatment manual. – Bethesda, MD: National Association of School Psychologists, 2011.

141. *Langberg J.M., Arnold L.E., Flowers A.M., Epstein J.N., Altaye M., Hinshaw S.P., Hechtman L.* Parent reported homework problems in the MTA study: Evidence for sustained improvement in behavioral treatment // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2010. – Vol. 39. – P. 220–233.

142. *Langberg J.M. & Becker S.P.* Does long-term medication use improve the academic outcomes of youth with attention-deficit/hyperactivity disorder? // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2012. – Vol. 15. – P. 215–233.

143. *Langberg J.M., Dvorsky M.R., Molitor S.J., Bouchtein E., Eddy L.D., Smith Z., Evans S.W.* Longitudinal evaluation of the importance of homework completion for the academic performance of middle school students with ADHD // *Journal of School Psychology*. – 2016. – Vol. 55. – P. 27–38.

144. *Langberg J.M., Epstein J.N., Becker S.P., Girio-Herrera E. & Vaughn A.J.* Evaluation of the Homework,

Organization, and Planning Skills (HOPS) intervention for middle school students with attention deficits hyperactivity disorder as implemented by school mental health providers // *School Psychology Review*. – 2012. – Vol. 41. – P. 342–364.

145. *Langberg J.M., Evans S.W., Schultz B.K., Becker S.P., Altaye M. & Girio-Herrera E.* Trajectories and predictors of response to the Challenging Horizons Program for adolescents with ADHD // *Behavior Therapy*. – 2016. – Vol. 47. – P. 339–354.

146. *Langberg J.M., Molina B.S.G., Arnold L.E., Epstein J.N., Altaye M., Hinshaw S.P., Hechtman L.* Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2011. – Vol. 40. – P. 519–531.

147. *Larson K., Russ S.A., Kahn R.S. & Halfon N.* Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007 // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – P. 1–11.

148. *Leslie L.K., Weckerly J., Plemmons D., Landsverk J. & Eastman S.* Implementing the American Academy of Pediatrics attention-deficit/hyperactivity disorder diagnostic guidelines in primary care settings // *Pediatrics*. – 2004. – Vol. 114. – P. 129–140.

149. *Leslie L.K. & Wolraich M.L.* ADHD service use patterns in youth // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2007. – Vol. 32. – P. 695–710.

150. *Lochman J.E. & Wells K.C.* The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – P. 571–578.

151. *Loe I.M. & Feldman H.M.* Academic and educational outcomes of children with ADHD // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2007. – Vol. 32. – P. 643–654.

152. *Mahajan R., Bernal M.P., Panzer R., Whitaker A., Roberts W., Handen B., Veenstra-VanderWeele J.* Clinical practice pathways for evaluation and medication choice for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in autism spectrum disorders // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 130 (Suppl. 2). – P. S125–S138.

153. *Marshal M.P., Molina B.S. & Pelham W.E.* Childhood ADHD and adolescent substance use: An examination of deviant peer group affiliation as a risk factor // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2003. – Vol. 17. – P. 293–302.

154. *McConaughy S.H., Volpe R.J., Antshel K.M., Gordon M. & Eiraldi R.B.* Academic and social impairments of elementary school children with attention deficit hyperactivity disorder // *School Psychology Review*. – 2011. – Vol. 40. – P. 200–225.

155. *Merrill B.M., Morrow A.S., Altszuler A.R., Macphee F.L., Gnagy E.M., Greiner A.R., Pelham W.E.* Improving homework performance among children with ADHD: A randomized clinical trial // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 85. – P. 111–122.

156. *Mikami A.Y., Griggs M.S., Lerner M.D., Emeh C.C., Reuland M.M., Jack A. & Anthony M.R.* A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 81. – P. 100–112.

157. *Mixon C.S. & Owens J.S.* Evaluating the impact of online supports on teachers' adoption of behavioral classroom interventions. Poster presented at the annual conference for the National Association of School Psychologists. – New Orleans, LA, 2016, February.

158. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder / MTA Cooperative Group // *Archives of General Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56. – P. 1088–1096.

159. *Molina B.S.G.* Delinquency and substance use in attention deficit hyperactivity disorder: Adolescent and young adult outcomes in developmental context // *Treating attention deficit hyperactivity disorder* / edited by S.W. Evans & B. Hoza. – Kingston, NJ: Civic Research Institute, 2011. – P. 19–2–19–42.

160. *Molina B.S.G., Flory K., Hinshaw S.P., Greiner A.R., Arnold L.E., Swanson J.M., Wigal T.* Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: Prevalence, course, and treatment effects // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2007. –

Vol. 46. – P. 1028–1040.

161. *Molina B.S.G., Hinshaw S.P., Swanson J.M., Arnold L.E., Vitiello B., Jensen P.S., Houck P.R.* The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2009. – Vol. 48. – P. 484–500.

162. *Molina B.S.G., Pelham W.E., Blumenthal J. & Galiszewski E.* Agreement among teachers' behavior ratings of adolescents with a childhood history of attention deficit hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 1998. – Vol. 27. – P. 330–339.

163. *Molina B.S.G. & Pelham W.E.* Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: Developmental considerations, potential pathways, and opportunities for research // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 10. – P. 607–639.

164. *Molitor S.J., Langberg J.M. & Evans S.W.* The written expression abilities of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Research on Developmental Disabilities*. – 2016, April/May. – Vol. 51–52. – P. 49–59.

165. *Morris S.E. & Cuthbert B.N.* Research domain criteria: Cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2012. – Vol. 14. – P. 29–37.

166. *Mosholder A.D., Gelperin K., Hammad T.A., Phelan*

K. & Johann-Liang R. Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children // *Pediatrics*. – 2009. – Vol. 123. – P. 611–616.

167. *Myers K., Vander Stoep A., Thompson K., Zhou C. & Unützer J.* Collaborative care for the treatment of Hispanic children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder // *General Hospital Psychiatry*. – 2010. – Vol. 32. – P. 612–614.

168. *Nigg J.T., Blaskey L.G., Huang-Pollock C.L. & Rappley M.D.* Neuropsychological executive functions and DSM-4 ADHD subtypes // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2002. – Vol. 41. – P. 59–66.

169. *Nissley-Tsiopinis J., Tresco K.E., Mautone J.A. & Power T.J.* Moderators and predictors of combined family-school intervention for children with ADHD: The influence of child and family characteristics // *Moderators and predictors of psychosocial treatment response among children and youth with ADHD* / edited by J. Nissley-Tsiopinis & T.J. Power (Chairs). – Presented at the annual conference of Association for Behavior and Cognitive Therapies, Philadelphia, PA, 2014.

170. *Ottley J.R. & Hanline M.F.* Bug-in-ear coaching: Impacts on early childhood educators' practices and associations with toddlers' expressive communication // *Journal of Early Intervention*. – 2014. – Vol. 36. – P. 90–110.

171. *Owens E.B., Zalecki C., Gillette P. & Hinshaw S.P.* Girls

with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 85 (7). – P. 723–736.

172. *Owens J.S., Coles E.K., Evans S.W., Himawan L.K., Girio-Herrera E., Holdaway A.S., Schulte A.* Using multi-component consultation to increase the integrity with which teachers implement behavioral classroom interventions: A pilot study // *School Mental Health*. – 2017. – Vol. 9 (3). – P. 218–234.

173. *Owens J.S., Evans S.W., Coles E.K., Holdaway A.S., Himawan L.K., Dawson A., Egan T.E.* Consultation for classroom management and targeted interventions: Examining benchmarks for teacher practices that produce desired change in student behavior // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2020. – Vol. 28 (1). – P. 52–64.

174. *Owens J.S., Goldfine M.E., Evangelista N.M., Hoza B. & Kaiser N.M.* A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2007. – Vol. 10. – P. 335–351.

175. *Owens J.S., Holdaway A.S., Smith J., Evans S.W., Himawan L.K., Coles E.K., Dawson A.E.* Rates of common classroom behavior management strategies and their associations with challenging student behavior in elementary school // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2018. – Vol. 26 (3). – P. 156–169.

176. *Owens J.S., Holdaway A.S., Zoromski A.K., Evans S.W.*

& Himawan L.K., Girio-Herrera E. & Murphy C.E. Incremental benefits of a daily report card intervention over time for youth with disruptive behavior // *Behavior Therapy*. – 2012. – Vol. 43. – P. 848–861.

177. *Owens J.S., Murphy C.E., Richerson L., Girio E.L. & Himawan L.K.* Science to practice in underserved communities: The effectiveness of school mental health programming // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37. – P. 434–447.

178. *Palumbo D., Spencer T., Lynch J., Co-Chien H. & Faraone S.V.* Emergence of tics in children with ADHD: Impact of once-daily OROS methylphenidate therapy // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. – 2004. – Vol. 14. – P. 185–194.

179. *Pelham W.E., Burrows-MacLean L., Gnagy E.M., Fabiano G.A., Coles E.K., Wymbs B.T., Hoffman M.T.* A dose-ranging study of behavioral and pharmacological treatment in social settings for children with ADHD // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2014. – Vol. 42. – P. 1019–1031.

180. *Pelham W.E. & Fabiano G.A.* Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37. – P. 184–214.

181. *Pelham W.E., Fabiano G.A., Gnagy E.M., Greiner A.R., Hoza B. & Manos M.* The role of summer treatment programs in the context of comprehensive treatment for ADHD //

Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice / edited by E.D. Hibbs & P.S. Jensen. – 2nd ed. – Washington, DC: American Psychological Association, 2005. – P. 377–410.

182. *Pelham W.E., Fabiano G.A. & Massetti G.M.* Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2005. – Vol. 34. – P. 449–476.

183. *Pelham W.E., Fabiano G.A., Waxmonsky J.G., Greiner A.R., Gnagy E.M., Pelham W.E., Murphy S.A.* Treatment sequencing for childhood ADHD: A multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2016. – Vol. 45. – P. 396–415.

184. *Pelham W.E., Wheeler T. & Chronis A.* Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 1998. – Vol. 27. – P. 190–205.

185. *Pfiffner L.J., Hinshaw S.P., Owens E., Zalecki C., Kaiser N.M., Villodas M. & McBurnett K.* A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 82. – P. 1115–1127.

186. *Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L., Biederman J. & Rohde L.A.* The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis // *American*

Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – P. 942–948.

187. *Power T.J., Blum N.J., Guevara J.P., Jones H.A. & Leslie L.K.* Coordinating mental health care across primary care and schools: ADHD as a case example // *Advances in School Mental Health Promotion*. – 2013. – Vol. 6. – P. 68–80.

188. *Power T.J., Hughes C.L., Helwig J.R., Nissley-Tsiopinis J., Mautone J.A. & Lavin H.J.* Getting to first base: Promoting engagement in family-school intervention for children with ADHD in urban, primary care practice // *School Mental Health*. – 2010. – Vol. 2. – P. 52–61.

189. *Power T.J., Karustis J.L. & Habboushe D.F.* Homework success for children with ADHD: A family-school intervention program. – New York: Guilford Press, 2001.

190. *Power T.J., Mautone J.A., Blum N.J., Fiks A.G. & Guevara J.P.* Integrated behavioral health: Coordinating psychosocial and pharmacological interventions across family, school, and health systems // *School psychopharmacology: Translating research into practice* / edited by J. Carlson & J. Barterian. – New York: Springer, 2019.

191. *Power T.J., Mautone J.A., Manz P.H., Frye L. & Blum N.J.* Managing ADHD in primary care: A systematic analysis of roles and challenges // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 121. – P. e65–e72.

192. *Power T.J., Mautone J.A., Marshall S.A., Jones H.A., Cacia J., Tresco K., Blum N.J.* Feasibility and potential effectiveness of integrated services for children with ADHD in

urban primary care practices // *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. – 2014. – Vol. 2. – P. 412–426.

193. *Power T.J., Mautone J.A., Soffer S.L., Clarke A.T., Marshall S.A., Sharman J., Jawad A.F.* Family-school intervention for children with ADHD: Results of randomized clinical trial // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2012. – Vol. 80. – P. 611–623.

194. *Power T.J., Michel J., Mayne S., Miller J., Blum N.J., Grundmeier R.W., Fiks A.G.* Coordinating systems of care using health information technology: Development of the ADHD Care Assistant // *Advances in School Mental Health Promotion*. – 2016. – Vol. 9. – P. 201–218.

195. *Power T.J., Soffer S.L., Cassano M.C., Tresco K.E. & Mautone J.A.* Integrating pharmacological and psychosocial interventions for ADHD: An evidence-based, participatory approach // *Treating attention-deficit/hyperactivity disorder / edited by S. Evans & B. Hoza*. – New York: Civic Research Institute, 2011. – P. 13–19.

196. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder / *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2007. – Vol. 46. – P. 894–921.

197. *Pringsheim T., Hirsch L., Gardner D. & Gorman D.A.* The pharmacological management of oppositional behavior, conduct problems, and aggression in children and adolescents

with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1. Psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine // Canadian Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 60. – P. 42–51.

198. *Rajwan E., Chacko A., Wymbs B.T. & Wymbs F.A.* Evaluating clinically significant change in mother and child functioning: Comparison of traditional and enhanced behavioral parent training // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2014. – Vol. 42. – P. 1407–1412.

199. *Ray A.R., Evans S.W. & Langberg J.M.* Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2017. – Vol. 45. – P. 883–897.

200. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity / Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 1266–1274.

201. *Richardson L.P., Ludman E., McCauley E., Lindenbaum J., Larison C., Zhou C., Katon W.* Collaborative care for adolescents with depression: A randomized clinical trial // Journal of the American Medical Association. – 2014. – Vol. 312. – P. 809–816.

202. *Rieppi R., Greenhill L.L., Ford R.E., Chuang S., Wu M., Davies M., Wigal S.* Socioeconomic status as a moderator

of ADHD treatment outcomes // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2002. – Vol. 41. – P. 269–277.

203. *Rollnick S., Kaplan S.G. & Rutschman R.* Motivational interviewing in schools: Conversations to improve behavior and learning. – New York: Guilford Press, 2016.

204. *Rowland A.S., Lesesne C.A. & Abramowitz A.J.* The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view // Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. – 2002. – Vol. 8. – P. 162–170.

205. *Russell A.E., Ford T., Williams R. & Russell G.* The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review // Child Psychiatry and Human Development. – 2016. – Vol. 47. – P. 440–458.

206. *Sanetti L.M.H., Collier-Meek M.A., Long A.C.J., Kim J. & Kratochwill T.R.* Using implementation planning to increase teachers' adherence and quality behavior support plans // Psychology in the Schools. – 2014. – Vol. 51. – P. 879–895.

207. *Schultz B.K., Evans S.W., Langberg J.M. & Schoemann A.M.* Outcomes for adolescents who comply with long-term psychosocial treatment for ADHD // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2017. – Vol. 85. – P. 250–261.

208. *Sibley M.H.* Parent-teen therapy for executive function deficits and ADHD. – New York: Guilford Press, 2017.

209. *Sibley M.H., Evans S.W. & Serpell Z.N.* Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2010. – Vol. 32. – P. 193–202.

210. *Sibley M.H., Graziano P.A., Kuriyan A.B., Coxe S., Pelham W.E., Rodriguez L., Ward A.* Parent-teen behavior therapy + motivational interviewing for adolescents with ADHD // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 84. – P. 699–712.

211. *Sibley M.H., Kuriyan A.B., Evans S.W., Waxmonsky J.G. & Smith B.H.* Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: An updated systematic review of the literature // *Clinical Psychology Review*. – 2014. – Vol. 34. – P. 218–232.

212. *Sibley M.H., Pelham W.E., Molina B.S.G., Waschbusch D.A., Gnagy E.M., Babinski D.E. & Biswas A.* Inconsistent self-report of delinquency by adolescents and young adults with ADHD // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2010. – Vol. 38. – P. 645–656.

213. *Silverman W.K. & Hinshaw S.P.* The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37. – P. 1–7.

214. *Sonuga-Barke E.J., Brandeis D., Cortese S., Daley D., Ferrin M., Holtmann M., Dittmann R.W.* Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses

of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments // *American Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 170. – P. 275–289.

215. *Spiel C.F., Evans S.W. & Langberg J.M.* Evaluating the content of individualized education programs and 504 plans of young adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder // *School Psychology Quarterly*. – 2014. – Vol. 29. – P. 452–468.

216. *Spiel C.F., Mixon C.S., Holdaway A.S., Evans S.W., Harrison J.R., Zoromski A.K. & Yost J.S.* Is reading tests aloud an accommodation for youth with or at risk for ADHD? // *Remedial and Special Education*. – 2016. – Vol. 37. – P. 101–112.

217. *Sprich S.E., Safren S.A., Finkelstein D., Remmert J.E. & Hammerness P.* A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. – 2016. – Vol. 57. – P. 1218–1226.

218. *Steege C.M., Gondoli D.M., Gibson B.S. & Morrissey R.A.* Combined cognitive and parent training interventions for adolescents with ADHD and their mothers: A randomized controlled trial // *Child Neuropsychology*. – 2016. – Vol. 22. – P. 394–419.

219. *Stevens J., Kelleher K.J., Ward-Estes J. & Hayes J.* Perceived barriers to treatment and psychotherapy attendance in child community mental health centers // *Community Mental Health Journal*. – 2006. – Vol. 42. – P. 449–458.

220. *Stokes T.F. & Baer D.M.* An implicit technology of

generalization // Journal of Applied Behavior Analysis. – 1977. – Vol. 10. – P. 349–367.

221. *Tamm L., Denton C.A., Epstein J.N., Schatschneider C., Taylor H., Arnold L.E., Maltinsky J.* Comparing treatments for children with ADHD and word reading difficulties. A randomized clinical trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2017. – Vol. 85. – P. 434–446.

222. *Tamm L., Epstein J.N., Loren R.E., Becker S.P., Brenner S.B., Bamberger M.E., Halperin J.M.* Generating attention, inhibition, and memory: A pilot randomized trial for preschoolers with executive functioning deficits // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2019. – Vol. 48 (Suppl. 1). – P. S131–S145.

223. *Tamm L., Epstein J.N., Peugh J.L., Nakonezny P.A. & Hughes C.W.* Preliminary data suggesting the efficacy of attention training for school-aged children with ADHD // Developmental Cognitive Neuroscience. – 2013. – Vol. 4. – P. 16–28.

224. *Tannock R., Frijters J.C., Martinussen R., White E.J., Ickowicz A., Benson N.J. & Lovett M.W.* Combined modality intervention for ADHD with comorbid reading disorders: A proof of concept study // Journal of Learning Disabilities. – 2018. – Vol. 51 (1). – P. 55–72.

225. *Van der Oord S., Ponsioen A.J., Geurts H.M., Ten Brink E.L. & Prins P.J.* A pilot study of the efficacy of a computerized executive functioning remediation training with game elements

for children with ADHD in an outpatient setting: Outcome on parent and teacher-rated executive functioning and ADHD behavior // *Journal of Attention Disorders*. – 2014. – Vol. 18. – P. 699–712.

226. *Vannest K.J., Davis J.L., Davis C.R., Mason B.A. & Burke M.D.* Effective intervention for behavior with a daily behavior report card: A meta-analysis // *School Psychology Review*. – 2010. – Vol. 39. – P. 654–672.

227. *Vidal R., Castells J., Richarte V., Palomar G., Garcia M., Nicolau R., Ramos-Quiroga J.A.* Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 54. – P. 275–282.

228. *Vigo R., Evans S.W. & Owens J.S.* Categorization behaviour in adults, adolescents and attention-deficit/hyperactivity disorder adolescents: A comparative investigation // *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. – 2015. – Vol. 68. – P. 1058–1072.

229. *Visser S.N., Danielson M.L., Bitsko R.H., Holbrook J.R., Kogan M.D., Ghandour R.M., Blumberg S.J.* Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011 // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2014. – Vol. 53. – P. 34–46.

230. *Volpe R.J. & Fabiano G.A.* Daily behavior report cards: An evidence-based system of assessment and intervention. –

New York: Guilford Press, 2013.

231. *Wahler R.G. & Afton A.D.* Attentional processes in insular and noninsular mothers: Some differences in their summary reports about child problem behaviors // *Child Behavior Therapy*. – 1980. – Vol. 2. – P. 25–41.

232. *Waschbusch D.A.* A meta-analytic examination of comorbid hyperactive – impulsive – attention problems and conduct problems // *Psychological Bulletin*. – 2002. – Vol. 128. – P. 118–150.

233. *Waschbusch D.A., Cunningham C.E., Pelham W.E., Rimas H.L., Greiner A.R., Gnagy E.M., Scime M.* A discrete choice conjoint experiment to evaluate parent preferences for treatment of young, medication naive children with ADHD // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2011. – Vol. 40. – P. 546–561.

234. *Weist M.D., Flaherty L., Lever N., Stephan S., Van Eck K. & Albright A.* The history and future of school mental health // *School mental health services for adolescents* / edited by J.R. Harrison, B.K. Schultz & S.W. Evans. – New York: Oxford University Press, 2017.

235. *Wilens T., Adler L., Adams J., Sgambati S., Rotrosen J., Sawtelle R., Fusillo S.* Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: A systematic review of the literature // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2008. — Vol. 47. – P. 21–31.

236. *Wilens T.E., Bukstein O., Brams M., Cutler A.J., Childress*

A., *Rugino T., Youcha S.* A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 2012. – Vol. 51. – P. 74–85.

237. *Wilens T.E., Faraone S.V., Biederman J. & Gunawardene S.* Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse?: A meta-analytic review of the literature // *Pediatrics.* – 2003. – Vol. 111. – P. 179–185.

238. *Wymbs F.A., Cunningham C.E., Chen Y., Rimas H.M., Deal K., Waschbusch D.A. & Pelham W.E.* Examining parents' preferences for group and individual parent training for children with ADHD symptoms // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* – 2016. – Vol. 45. – P. 614–631.

239. *Xie Y., Dixon J.F., Yee O.M., Zhang J., Chen Y.A., DeAngelo S., Schweitzer J.B.* A study on the effectiveness of videoconferencing on teaching parent training skills to parents of children with ADHD // *Telemedicine and E-Health.* – 2013. – Vol. 19. – P. 192–199.

240. *Yoshimasu K., Barbaresi W.J., Colligan R.C., Voigt R.G., Killian J.M., Weaver A.L. & Katusic S.K.* Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2012. – Vol. 53. – P. 1036–1043.

241. *Zachrisson H.D., Rodje K. & Mykletun A.* Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A populations based surveys // BMC Public Health. – 2006. – Vol. 6. – P. 1–7.

242. *Zito J.M. & Burcu M.* Stimulants and pediatric cardiovascular risk // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. – 2017. – Vol. 27. – P. 538–545.

243. *Zoromski A.K., Evans S.W., Gahagan H.D., Serrano V.J. & Holdaway A.S.* Ethical and contextual issues when collaborating with educators and school mental health professionals // Oxford handbook of psychiatric ethics. Vol. 1 / edited by In J. Sadler, C.W. van Staden & K.W.M. Fulford. – New York: Oxford University Press, 2015. – P. 214–230.

244. *Zoromski A.K., Owens J.S., Evans S.W. & Brady C.* Identifying ADHD symptoms most associated with impairment in early childhood, middle childhood, and adolescence using teacher report // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2015. – Vol. 43. – P. 1243–1255.

Глава 5

Расстройства поведения и оппозиционные расстройства

Роберт Дж. МакМахон и Пол Дж. Фрик

Проблемы поведения у детей и подростков представляют собой широкий спектр нежелательного поведения, начиная от раздражающего, но относительно безобидного, такого как крик и вспышки гнева, до более серьезных форм антисоциального поведения, включая агрессию, физически деструктивное поведение и воровство. Как правило, такое поведение возникает не изолированно, а как комплекс или синдром, и есть убедительные доказательства того, что оппозиционное поведение (например, непослушание у детей младшего возраста) является предшественником антисоциального поведения в подростковом возрасте. Однако бывает и так, что у некоторых людей такое поведение впервые проявляется в подростковом возрасте. При отображении в виде кластера расстройств это поведение называют «оппозиционным», «антисоциальным», «расстройством поведения», «экстернализацией» и, с юридической точки зрения, «делинквентным» или «противоправным» [McMahon, Wells & Kotler,

2006]. В этой главе мы используем термин «проблемное поведение» (ПП) для обозначения этого созвездия поведенческих особенностей. Терминология из Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) [American Psychiatric Association, 2013] используется только в тех случаях, когда обсуждается или упоминается формальный диагноз DSM (например, расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство).

Наша основная цель этой главы – представить и критически оценить научно обоснованные вмешательства, которые в настоящее время используются для лечения ПП у детей и подростков. Сначала мы представляем обзор ПП у детей и подростков, включая краткий исторический обзор ПП, диагностические соображения, распространенность и культурные различия, клиническое приложение и сопутствующие заболевания, а также пути развития. Основная часть главы посвящена оценке научно обоснованного психосоциального лечения и профилактических подходов к лечению ПП у детей и подростков. Затем мы приводим краткое изложение относительно ограниченных данных о психофармакологических вмешательствах для лечения различных аспектов ПП (например, агрессии). В последнем разделе главы мы приводим пример основного вмешательства для ПП, а именно: Parent Management Training (PMT) или обучающий тренинг для родителей (ОТР), и завершаем обсуждением по-

следствий и будущих направлений исследований, клинических протоколов и практики.

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ПРОБЛЕМ ПОВЕДЕНИЯ

У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

У проблемы определения и лечения ПП у детей и подростков существует долгая и неоднозначная история. Костелло и Анголд (2001) представляют интригующий исторический отчет с религиозной, правовой и медицинской точек зрения о том, как общество на протяжении веков пыталось справиться с «плохими» детьми. Они отмечают, что многие из вопросов, впервые описанных Платоном 2500 лет назад, касающиеся того, как лучше всего приписать ответственность и вину за такое поведение, а также относительные роли семьи и государства, все еще остаются предметом споров.

Формальное признание ПП как диагностического объекта (или объектов) произошло сравнительно недавно. Расстройство поведения (Conduct Disorder, CD) впервые появилось во втором издании DSM (DSM-II) [American Psychiatric Association, 1968], а то, что тогда называлось оппозиционным расстройством, появилось 12 лет спустя в DSM-

III [American Psychiatric Association, 1980]. В DSM-III-R [American Psychiatric Association, 1987] оно было переименовано в оппозиционно-вызывающее расстройство (Oppositional Defiant Disorder, ODD). Конкретные симптомы и их количество, необходимое для постановки этих диагнозов, варьировалось в разных версиях DSM. Например, для диагностики расстройства поведения в DSM-III требовался только один симптом, тогда как в DSM-III-R требовались три из 13 симптомов, а в последующих редакциях DSM три из 15 симптомов необходимы для установки этого диагноза [American Psychiatric Association, 1994, 2000, 2013]. Подтипы расстройства поведения, представленные в DSM, также различались в разных редакциях. Например, в DSM-III было четыре подтипа, основанных на пересечении агрессивных-неагрессивных и социализированных-недостаточно социализированных измерений, тогда как основа выделения для подтипа в DSM-IV и DSM-5 связана с возрастом начала (т. е. в детстве или в подростковом возрасте).

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СИМПТОМОВ

Диагностические критерии

ПП являются симптомами двух диагнозов в DSM-5: оп-

позиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения [American Psychiatric Association, 2013]. Эти расстройства сгруппированы в категории деструктивных, импульсивных и поведенческих расстройств, которые определяются проблемами самоконтроля эмоций и/или поведения, которые нарушают права других или приводят человека к конфликту с общественными нормами. В DSM-5 специально указано, что причины проблем с самоконтролем могут варьироваться как в зависимости от расстройств, включенных в категорию, так и среди людей с одним и тем же диагнозом [American Psychiatric Association, 2013]. Более того, определения деструктивных расстройств, нарушений контроля импульсов и расстройств поведения, приведенные в DSM-5, выделяют, что расстройства в других разделах DSM могут также включать проблемы в эмоциональной и поведенческой регуляции. Однако деструктивные расстройства отличаются тем, что проблемы с самоконтролем проявляются в первую очередь в поведении, которое нарушает права других или приводит человека в серьезный конфликт с общественными нормами или авторитетными фигурами [American Psychiatric Association, 2013].

Диагностические критерии оппозиционно-вызывающего расстройства ODD включают три типа симптомов [American Psychiatric Association, 2013].

1. Злобно-раздражительное настроение (например, выходит из себя, злится/обижается).

2. Конфликтно-вызывающее поведение (например, спорит со взрослыми, дерзкий/непослушный).

3. Мстительность.

Типично развивающиеся дети могут в некоторой степени проявлять такое поведение, которое требует несколько ключевых соображений при принятии решения о том, является ли поведение симптомом ODD [Frick & Nigg, 2012], а именно: ребенок должен продемонстрировать по крайней мере четыре симптома за предшествующие шесть месяцев, а стойкость и частота симптомов должны превышать нормативные значения для возраста, пола и культуры пациента. Важно отметить, что такое поведение должно способствовать существенному ухудшению здоровья ребенка, например: создавать проблемы дома или в школе или приводить к проблемам со сверстниками. Расстройство считается «легким» по степени тяжести, если оно ограничено одним условием (например, только дома), но оно считается «умеренным», если симптомы присутствуют как минимум в двух условиях, и считается «тяжелым», если он проявляется в трех или более условиях [American Psychiatric Association, 2013].

Расстройство поведения CD определяется как устойчивый и повторяющийся образец поведения, который нарушает права других или основные соответствующие возрасту социальные нормы или правила [American Psychiatric Association, 2013]. К диагностическим критериям этого расстройства относят четыре типа симптомов.

1. Агрессия по отношению к людям и животным (например, драки, издевательства).
2. Разрушение имущества (например, поджог, вандализм).
3. Обман или кража (например, ложь и мошенничество, кража в магазинах).
4. Серьезные нарушения правил (например, прогулы в школе, побег из дома).

В DSM-5 признается, что агрессивное и антисоциальное поведение, связанное с CD, может различаться по степени тяжести и основным причинам [American Psychiatric Association, 2013].

В частности, руководство позволяет использовать три потенциальных спецификатора при диагностике.

Во-первых, проводится различие между «легкой» формой расстройства, при которой у ребенка наблюдается небольшое количество ПП, если они вообще присутствуют, сверх тех, которые необходимы для постановки диагноза, и ПП причиняют относительно незначительный вред другим (например, такие дети лгут, сбегают ночью без разрешения), и «тяжелая» форма, при которой ребенок показывает много ПП, превышающих те, которые необходимы для постановки диагноза, и ПП причиняет значительный вред другим (например, изнасилование, физическая жестокость). Промежуточное состояние считается расстройством «средней» степени тяжести.

Во-вторых, DSM-5 различает людей с диагнозом CD на основе времени появления симптомов. Подтип с детским началом характеризуется по крайней мере одним симптомом CD, который присутствует до 10 лет, тогда как подтип с началом в подростковом возрасте характеризуется отсутствием симптомов CD до 10 лет.

В-третьих, DSM-5 включает спецификатор для детей «с ограниченными просоциальными эмоциями», который определяется наличием значительного числа черт бесчувственности и безэмоциональности (например, *callous* – отсутствие сочувствия, отсутствие вины и раскаяния, неспособность проявлять беспокойство по поводу выполнения важных действий, поверхностность или неполноценность эмоций), которые проявляются в течение как минимум 12 месяцев в большинстве отношений и условий.

Кроме DSM-5 другой основной системой классификации для диагностики значимых ПП является Международная классификация болезней (МКБ), опубликованная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В отличие от DSM, МКБ включает в себя как психическое здоровье, так и медицинские расстройства и предназначена в первую очередь для использования поставщиками первичной медико-санитарной помощи в различных условиях общественного здравоохранения [Kupfer, Kuhl & Regier, 2013]. В результате МКБ имеет тенденцию уделять больше внимания широкому описанию расстройств и обычно не включает отдель-

ные списки симптомов с конкретными диагностическими пороговыми, определяемыми установленным набором симптомов. Самой последней опубликованной версией МКБ является 10-е издание (МКБ-10)⁵, и диагнозы CD и ODD включены в широкую категорию поведенческих и эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте. Описание ODD и CD в МКБ-10 очень похоже на то, что представлено в критериях DSM-5. Так же как и в DSM, подтипы CD включают подтипы с дебютом в детском и подростковом возрасте. Однако, в отличие от DSM, диагноз CD по МКБ-10 включает подтип, ограниченный рамками семьи, несоциализированный подтип (в котором человек отвергается сверстниками) и социализированный подтип (в котором отношения между сверстниками нормальные). Кроме того, МКБ-10 включает «смешанные расстройства», которые диагностируются, когда ПП у ребенка сочетается с тревогой или депрессией (расстройства поведения, связанные с эмоциональными расстройствами) или когда они сочетаются с симптомами синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ, т. е. расстройства поведения, связанные с гиперкинетическими расстройствами). В текущем варианте МКБ-10 нет спецификатора CD, который включает в себя наличие повышенных признаков черт бесчувствен-

⁵ Международная классификация болезней 11-й редакции (МКБ-11) была опубликована 18 июня 2018 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), однако в феврале 2024 г. Правительство РФ приняло решение приостановить переход на МКБ-11. – *Примеч. науч. ред.*

ности и безэмоциональности СУ. Однако изменения, которые рассматриваются для предстоящего 11-го издания руководства (т. е. МКБ-11), действительно включают дополнительный подтип поведенческих расстройств, который был бы аналогичен спецификатору DSM-5 «с ограниченными про-социальными эмоциями» [Rutter, 2012].

Распространенность и культурные различия

Метаанализ 25 эпидемиологических исследований в 16 разных странах показывает, что распространенность ODD среди детей и подростков (в возрасте 6–18 лет) во всем мире составляет 3,3 %, а распространенность CD – 3,2 % [Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde & Frick, 2010]. Кроме того, согласно метаанализу, оценки распространенности не сильно различались по странам или континентам, с той оговоркой, что большинство исследований, включенных в анализ, проводились в Европе и Северной Америке. В Соединенных Штатах, однако, в некоторых выборках сообщалось о более высоких показателях ПП у афроамериканских детей и подростков [Fabrega, Ulrich & Mezzich, 1993], но в других исследованиях этого не отмечалось [McCoy, Frick, Loney & Ellis, 2000]. Что еще более важно, неясно, существует ли какая-либо связь между статусом меньшинства и ПП независимо от того факта, что некоторые семьи этнических мень-

шинств с большей вероятностью будут испытывать экономические трудности и жить в городских кварталах с более высокой концентрацией преступности, чем лица, не принадлежащие к меньшинствам [Lahey, Waldman & McBurnett, 1999]. С ростом иммигрирующего населения в Соединенных Штатах риск заболевания ПП, по-видимому, варьируется в зависимости от миграционного статуса и уровня воздействия американской культуры. Например, Бреслау, Сайто, Танкреди, Нок и Гилман (2012) обнаружили, что риск СД был самым высоким среди мексиканских детей американских родителей (отношение шансов = 7,64) по сравнению с иммигрантами, родившимися в Мексике, но выросшими в США (отношение шансов = 4,12) и населением Мексики в целом (отношение шансов = 0,54).

Распространенность серьезного ПП, по-видимому, действительно демонстрирует некоторые четкие и устойчивые возрастные тенденции. В выборках местных сообществ уровень ПП, по-видимому, снижается от дошкольного к школьному возрасту [Maughan, Rowe, Messer, Goodman & Meltzer, 2004], но позже он увеличивается в подростковом возрасте [Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000]. Тем не менее несколько различаются между собой разные типы ПП, например легкие формы физической агрессии (драки) уменьшаются по мере развития, тогда как неагрессивное и скрытое антисоциальное поведение (например, ложь и воровство) и серьезная агрессия (например, вооруженное ограбление и

сексуальное насилие) увеличивается с детства до подросткового возраста [Tremblay, 2003]. Хотя мальчики обычно демонстрируют более высокий уровень ПП, чем девочки, это преобладание мужчин, по-видимому, проявляется после дошкольного возраста [Loeber et al., 2000; Maughan et al., 2004] и является самым большим до подросткового возраста [Silverthorn & Frick, 1999].

Клиническое содержание и сопутствующие заболевания

ПП – одна из наиболее частых причин, по которой детей и подростков направляют за психиатрической помощью [Kimonis, Frick & McMahon, 2014]. Оппозиционное и вызывающее поведение, связанное с диагнозом ODD, часто вызывает значительный конфликт между ребенком и другими людьми в его или ее окружении, включая родителей, учителей и сверстников [Kimonis et al., 2014]. Кроме того, симптомы ODD предсказывают риск возникновения проблем на более позднем этапе развития, хотя типы прогнозируемых проблем могут различаться для трех групп симптомов, составляющих этот диагноз. В частности, исследования показывают, что все три оценки симптомов ODD связаны с риском развития CD, но измерение гнева и раздражительности конкретно связано с развитием коморбидных эмоциональных расстройств (например, тревожности и депрессии), а вызы-

важуще-упрямое поведение в большей степени связано с сопутствующим СДВГ, а злобно-мстительные проявления связаны с наличием черт бесчувственности и безэмоциональности (CU) [Frick & Nigg, 2012].

Важным вопросом в этой связи между измерениями симптомов ODD и другими проблемами адаптации является тот факт, что ряд людей с ODD имеют значительный уровень гнева и раздражительности, а те, у кого проявляются очень серьезные проблемы с регулированием негативно-настроения, подвержены риску развития расстройств настроения [Burke, 2012]. Важно отметить, что эти проблемы с регуляцией настроения, как правило, носят хронический характер, что отличает людей с ODD от тех, у кого наблюдаются эпизодические аномальные состояния настроения, связанные с биполярным или большим депрессивным расстройством [Carlson, 2016]. Однако из-за опасений, что многим детям и подросткам с тяжелым и хроническим раздражительным настроением был поставлен диагноз биполярного расстройства и назначены лекарства с потенциально серьезными побочными эффектами, в DSM-5 к диагностике был добавлен диагноз деструктивного расстройства дисрегуляции настроения (disruptive mood dysregulation disorder, DMDD), включенный в раздел руководства, описывающий депрессивные расстройства. DMDD определяется хронической, тяжелой, стойкой раздражительностью, характеризующейся частыми всплесками гнева у людей, чье настроение

хронически гневно и раздражительно между этими вспышками [American Psychiatric Association, 2013]. Как и следовало ожидать, учитывая совпадение симптомов этого нового расстройства и симптомов настроения, включенных в критерии ODD, почти все пациенты с диагнозом DMDD также будут соответствовать критериям ODD [Freeman, Youngstrom, Youngstrom & Findling, 2016; Mayes, Waxmonsky, Calhoun & Bixler, 2016]. Правила диагностики DSM-5 требуют, чтобы у таких людей был диагностирован только DMDD. Тем не менее этих детей можно также рассматривать как подтип ODD, определяемый серьезными проблемами в гневном и раздражительном настроении, и эта возможность рассматривается при создании критериев ODD в предстоящей редакции МКБ [Evans et al., 2017].

Более тяжелые ПП, связанные с CD, часто ассоциированы с более серьезными нарушениями, чем варианты, которые связаны с ODD. В частности, одним из параметров симптомов, определяющих CD, является физическая агрессия, и, как следствие, дети с CD часто проявляют поведение, которое может причинить вред другим детям [Frick et al., 2003]. Кроме того, дети с CD подвержены риску столкновения с правовой системой [Frick, Stickle, Dandreaux, Farrell & Kimonis, 2005], а также других нарушений, таких как отвержение сверстниками и отстранение от школы или исключение из нее [Frick, 2016]. CD может иметь эффекты за пределами детства и подросткового возраста, при этом исследо-

вания показывают, что СД в детстве предсказывает проблемы с психическим здоровьем (например, употребление психоактивных веществ), юридические (например, арест), образовательные (например, отчисление из школы), профессиональные (например, плохие результаты на работе), социальные (например, плохая адаптация к браку) физические проблемы (например, нарушение дыхания) во взрослом возрасте [Odgers et al., 2007, 2008].

Эти пожизненные нарушения приводят к множеству общих коморбидных состояний, которые часто сочетаются с СД. Например, в когорте новорожденных детей в Новой Зеландии прошедшие взросление мальчики, у которых до подросткового возраста было диагностировано СД, в 3,2 раза чаще страдали тревожными расстройствами, в 2,9 раза чаще страдали тяжелой депрессией и в 3,6 раза чаще страдали алкогольной зависимостью к 32 годам по сравнению с мальчиками без этого расстройства [Odgers et al., 2007].

Таким образом, очевидно, что серьезное ПП относительно распространено у детей и подростков и, если их не лечить, они могут привести к значительным нарушениям и сопутствующим расстройствам на протяжении всей жизни. В результате они представляют собой серьезную проблему, требующую эффективного лечения. Однако также важно отметить, что не все дети с ПП, даже те, которые соответствуют критериям более серьезного диагноза СД, всегда имеют плохие исходы. Одним из постоянных предикторов того, у ка-

ких детей с CD с наибольшей вероятностью будут стабильные проблемы в подростковом и взрослом возрасте, являются те, у которых серьезные ПП начинаются в раннем возрасте. Фэйрчайлд, ван Гузен, Колдер и Гудьер в своем обзоре (2013) отмечают довольно обширный объем исследований, который показывает, что существует отрицательная связь между возрастом начала ПП и антисоциальными последствиями в более позднем возрасте. Например, в когорте новорожденных детей в Новой Зеландии, за которыми наблюдали от рождения до зрелого возраста (32 года), мальчики, у которых ПП началось до подросткового возраста, с большей вероятностью были осуждены за насильственные преступления как взрослые (32,7 %), чем те, кто начал проявлять ПП в подростковом возрасте (10,2 %), и те, у кого не было серьезного ПП в детстве или подростковом возрасте (0,4 %) [Odgers et al., 2008].

Другая подгруппа детей с CD, которые подвержены риску проявления более тяжелой и устойчивой картины ПП, – это те, у кого проявляются значимые уровни признаков бесчувственности и безэмоциональности CU, включенных в спецификатор «с ограниченными просоциальными эмоциями». То есть дети и подростки, у которых наблюдаются ненормативные уровни этих черт, часто демонстрируют более тяжелый и стабильный вариант ПП по сравнению с другими молодыми людьми с CD [Byrd, Loeber & Pardini, 2012; McMahon, Witkiewitz, Kotler & the Conduct

Problems Prevention Research Group, 2010; Ray, Thornton, Frick, Steinberg & Cauffman, 2016]. Например, Берд и его коллеги (2012) сообщили, что черты бесчувственности и безэмоциональности CU, оцениваемые родителями и учителями в возрасте семи лет, предсказывают преступное поведение в возрасте 25 лет среди выборки мальчиков ($n = 503$), даже после учета детских ODD, CD и ADHD. Кроме того, дети с CD, которые также демонстрируют повышенный уровень черт CU, с большей вероятностью будут агрессивными и, более конкретно, станут проявлять агрессию, которая является как преднамеренной, так и служащей неким средством (для личной выгоды или доминирования) [Fanti, Frick & Georgiou, 2009; Frick et al., 2003; Kruh, Frick & Clements, 2005; Lawing, Frick & Cruise, 2010] и также агрессию, которая приводит к большему ущербу для других [Kruh et al., 2005; Lawing et al., 2010]. Напротив, дети и подростки с CD, у которых не наблюдается повышенного уровня черт CU, менее склонны к агрессивности, а когда они агрессивны, это имеет тенденцию быть реактивным по своей природе (т. е. реакция на воспринимаемую провокацию со стороны других [Frick et al., 2003; Kruh et al., 2005]).

Травля (bullying = буллинг) остается предметом пристального внимания исследователей уже не менее 40 лет. Интересно, что ведутся серьезные споры относительно ее определения и степени, в которой предикторы и долгосрочные последствия отличаются от тех, которые испытывают дети

и молодежь, проявляющие агрессивное поведение в целом [Flannery et al., 2016; Rodkin, Espelage & Hanish, 2015]. Что касается определения, Центр по контролю и профилактике заболеваний (Center for Disease Control and Prevention, CDC) [Gladden, Vivolo-Kantor, Hamburger & Lumpkin, 2014] указывает, что травля – это особая форма агрессивного поведения, имеющего намерение причинить вред, потенциально повторяющегося и возникающего в контексте асимметричных властных взаимоотношений. Некоторые исследователи утверждали, что реляционный аспект травли является ключевым фактором в отличие от других форм агрессии и в качестве основной цели вмешательства [Pepler, Craig, Cummings, Petrunka & Garwood, 2017; Rodkin et al., 2015]. Травля может быть физической, словесной или включать кражу или уничтожение собственности. Относительно новая форма травли, интернет-травля (cyberbullying = кибербуллинг), участилась, поскольку расширился доступ детей и подростков к Интернету, смартфонам и другим технологическим достижениям.

Показатели распространенности, указанные в литературе, сильно различаются из-за проблем с определениями, выборками и измерениями [Hymel & Swearer, 2015]. Травля возможна в любом возрасте, но достигает пика в средней школе. Мальчики более склонны к совершению преступлений, тогда как девочки более подвержены виктимизации. Традиционный буллинг, похоже, сокращается, но интернет-трав-

ля (любая форма издевательства, реализованная с помощью технологий) [Kowalski & Morgan, 2017], по всей видимости, увеличивается. Социальное и словесное издевательство более распространено, чем физическое издевательство и кибербуллинг. Недавний метаанализ показал, что средние показатели распространенности традиционной травли и интернет-травли составляют 35 и 15 % соответственно [Modecki, Minchin, Harbaugh, Guerra & Runions, 2014].

Из-за относительно недавнего появления и очевидного роста [Hymel & Swearer, 2015] мы обращаемся именно к интернет-травле. Кибербуллинг и кибервиктимизация во многих отношениях схожи с традиционными издевательствами – виктимизацией. Однако они также различаются по нескольким причинам.

Например, в отношении интернет-травли/виктимизации:

- 1) отдельный инцидент можно просматривать многократно и непрерывно;
- 2) инциденты могут включать большую анонимность;
- 3) они не связаны временем или условиями;
- 4) могут иметь место страх потери доступа к технологиям по сравнению со страхом возмездия;
- 5) родители могут меньше оказывать поддержку, учитывая их относительное незнание технологий [Kowalski & Morgan, 2017; Williford et al., 2013].

В большом метааналитическом исследовании 129 000 учащихся, посвященном предикторам кибербуллинга и вик-

тимизации, Гуо (2016) обнаружил, что самые сильные предикторы интернет-травли ассоциированы с традиционной травлей и проблемами экстернализации. Точно так же самым сильным предиктором интернет-травли была виктимизация посредством традиционной травли. К другим важным предикторам относились как экстернализация, так и интернализация проблем, участие в офлайн-издевательствах и интернет-активность. Мужчины и подростки больше склонны к киберзапугиванию, тогда как женщины чаще становились жертвами. Как и в случае с традиционной травлей, «преступники» также могли быть жертвами. Последствия кибербуллинга также аналогичны эффектам традиционной травли, однако было показано, что кибербуллинг вносит небольшую дополнительную дисперсию (1–4 %) в отношении физического и психологического вреда сверх традиционной травли [Giumetti & Kowalski, 2016].

Пути развития серьезных форм ПП

Таким образом, у детей с серьезным ПП наблюдается довольно существенная неоднородность с точки зрения тяжести их поведения и уровня нарушений, с которыми они сталкиваются в процессе развития. Эта неоднородность также обнаруживается в причинных процессах, которые могут привести к серьезным ПП, т. е., как и большинство психических расстройств, серьезные проблемы поведения часто яв-

ляются результатом множества различных факторов риска как со стороны самого ребенка (например, биологические, когнитивные и личностные факторы риска), так и в социально-экологические условия жизни ребенка (например, семья, сверстники и факторы риска по соседству) [Frick, 2016]. Кроме того, эти факторы риска могут изменить ряд процессов развития, что может в свою очередь отнести ребенка в группу повышенного риска по проблемам, связанным с ODD или CD.

Как отмечалось ранее, дети, у которых проблемы с поведением начинаются до подросткового возраста, сильно отличаются по жизненным траекториям от детей, у которых начало антиобщественного поведения более позднее. То есть дети с CD в начале подросткового периода с меньшей вероятностью будут демонстрировать ODD в раннем детстве и с меньшей вероятностью будут продолжать демонстрировать антиобщественное поведение во взрослом возрасте по сравнению с детьми с CD, проявившемся в детстве [Fairchild et al., 2013; Frick, 2016; Moffitt, 2006]. Кроме того, у детей с подростковым началом серьезного ПП с меньшей вероятностью будут проявляться нейропсихологические (например, дефицит исполнительных функций) и когнитивные (например, низкий интеллект) дефициты, и они демонстрируют менее серьезные факторы риска темперамента и личности, такие как импульсивность, дефицит внимания и проблемы эмоциональной регуляции [Frick, 2016; Moffitt, 2006]. Де-

ти в группе с дебютом в подростковом возрасте обычно отличаются от детей без ПП в большей степени тем, что демонстрируют большую принадлежность к сверстникам-правонарушителям и более высокие баллы по показателям бунтарства и конфликта с властями [Dandreaux & Frick, 2009; Moffitt & Caspi, 2001; Moffitt, Caspi, Dickson, Silva & Stanton, 1996].

Основываясь на этих характеристиках детей на пути развития в подростковом возрасте, Моффитт (2006) предположил, что эти дети и подростки с CD демонстрируют ускорение нормативного процесса формирования идентичности, который имеет место в подростковом возрасте. То есть их участие в антисоциальном и делинквентном поведении концептуализируется как ошибочная попытка получить субъективное ощущение зрелости и статуса взрослого неадаптивным способом (например, нарушением социальных норм), в более выраженной по сравнению с обычным развитием форме из-за их бунтарских личностей, их связи с девиантными группами сверстников, которые поощряют антисоциальное поведение, и/или отсутствие контроля и надзора со стороны родителей [Frick, 2016]. Учитывая, что их поведение рассматривается как ускорение процесса развития, характерного для подросткового возраста, а не как результат стойкой уязвимости, их выраженные проблемы с поведением с меньшей вероятностью сохранятся после подросткового возраста. Тем не менее у них все же могут быть расстройства, ко-

которые сохраняются в зрелом возрасте [Fairchild et al., 2013; Odgers et al., 2008], но они, по-видимому, связаны с последствиями их СР-поведения (например, судимость, отчисление из школы и злоупотребление психоактивными веществами), которые могут поймать их в ловушку антисоциального образа жизни [Moffitt, 2006].

Таким образом, одним из путей развития серьезных проблем поведения является путь развития в подростковом возрасте, при котором антисоциальное поведение кажется преувеличением нормального процесса развития личности. Напротив, дети, у которых серьезный ПП проявляется намного раньше в развитии, часто начинают выражать симптомы ODD в раннем детстве, и их поведение имеет тенденцию к усилению тяжести в детстве и подростковом возрасте [Frick, 2016]. Как отмечалось ранее, эта группа демонстрирует более высокие показатели многих факторов риска предрасположенности по сравнению с таковыми в подростковом возрасте. У них также выше уровень семейной нестабильности, больше семейных конфликтов и использующие менее эффективные стратегии воспитания родители [Fairchild et al., 2013; Frick, 2016; Moffitt, 2006]. Таким образом, дети в группе самого раннего возраста, по-видимому, демонстрируют более серьезные факторы риска – как диспозиционные, так и контекстные, которые, вероятно, приводят к более устойчивой уязвимости в процессе развития.

«Непослушание» (т. е. чрезмерное неповиновение взрос-

лым), по-видимому, является краеугольным камнем в развитии ранних (т. е. детских) форм ПП [McMahon & Forehand, 2003]. ПП появляется на ранней стадии прогрессирования и продолжает проявляться в последующие периоды развития [Chamberlain & Patterson, 1995; Loeber et al., 2003]. Чрезмерное непослушание является неотъемлемой частью развития цикла принуждения Паттерсона, наиболее эмпирически подтвержденной семейной формулировки онтогенеза раннего начала ПП [Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dishion, 1992]. Непослушание также является серьезной проблемой и причиной обращения за помощью родителей, так и учителей [Dumas, 1996; Walker & Walker, 1991]. Кроме того, интервенционные исследования показали, что, когда вмешательство ориентировано на коррекцию непослушания, часто наблюдается сопутствующее улучшение и в других формах поведения ПП [Parrish, Cataldo, Kolko, Neef & Egel, 1986; Wells, Forehand & Griest, 1980].

В группе самого раннего возраста, по-видимому, существуют важные различия для детей, которые демонстрируют и не демонстрируют повышенный уровень черт бесчувственности и безэмоциональности CU, т. е. во всеобъемлющем обзоре исследования Фрик, Рэй, Торнтон и Кан (2014) нашли доказательства нескольких ключевых различий между двумя группами детей с ПП.

Во-первых, исследования поведенческой генетики показывают, что генетическое влияние на ПП с началом в детстве

значительно больше у людей с повышенными чертами СУ, чем у тех, кто демонстрирует нормативные уровни этих черт.

Во-вторых, дети и подростки с выраженными чертами ПП и СУ также проявляют нечувствительность к сигналам наказания, что включает в себя более слабую реакцию на сигналы наказания после того, как настроен набор ориентированных на поощрение ответов, более слабая реакция на последовательные графики наказаний и недооценка вероятности того, что они будут наказаны за проступки по сравнению с другим детьми и подростками с серьезным ПП.

В-третьих, дети и подростки с серьезным ПП и повышенными чертами СУ разделяют более девиантные ценности и цели в социальных ситуациях, такие как рассмотрение агрессии как более приемлемого средства для достижения целей, перенесение на других вины в собственном плохом поведении и подчеркивание важности доминирования и мести в социальном конфликте.

В-четвертых, дети и подростки с повышенными чертами СУ также демонстрируют пониженную эмоциональную реакцию в ряде ситуаций, включая более слабую реакцию на сигналы дистресса у других, меньшую реактивность на провокацию сверстников, меньший страх в ответ на новые и опасные ситуации и меньшее беспокойство по поводу последствий своего поведения по сравнению с другими молодыми людьми с тяжелым ПП.

В-пятых, ПП обычно по-разному ассоциируется с практи-

кой воспитания в зависимости от того, демонстрирует ли ребенок или подросток повышенный уровень черт CU. В частности, суровая, непоследовательная и принудительная дисциплина более тесно связана с ПП у детей с нормативными уровнями черт CU по сравнению с детьми с повышенными чертами CU, тогда как низкая родительская теплота, по-видимому, более тесно связана с ПП у детей и подростков с повышенными чертами CU.

Основываясь на этих различиях между детьми, которые демонстрируют выраженные ПП с повышенными чертами CU и без них, Фрик (2016) предложил разные механизмы развития, ведущие к ПП в двух группах. В частности, Фрик предположил, что дети с CD, у которых проявляются повышенные черты CU, вероятно, будут иметь темперамент (т. е. бесстрашный, нечувствительный к наказанию, слабую реакцию на сигналы дистресса у других), который может мешать нормальному развитию эмпатии, чувства вины и других аспектов совести, которые подвергают ребенка риску особенно серьезного и агрессивного антисоциального поведения.

Эти недостатки в развитии чувства морали можно преодолеть с помощью теплого и отзывчивого воспитания, которое помогает ребенку научиться обращать внимание на эмоции других, распознавать их и реагировать на них, несмотря на то что его темпераментный взрывной характер делает это трудным. Напротив, дети и подростки с ПП, начавшими в детстве, с нормативными уровнями черт CU, по-ви-

димому, очень быстро реагируют на эмоциональные сигналы других людей и очень обеспокоены влиянием своего поведения на других. Более того, члены этой группы, у которых не наблюдается повышенного уровня черт СУ, демонстрируют более высокий уровень эмоциональной реактивности на провокации со стороны других, и их ПП прочно ассоциируется с враждебным/принудительным воспитанием. Таким образом, Фрик предположил, что дети в этой группе демонстрируют темперамент, характеризующийся сильной эмоциональной реактивностью в сочетании с неадекватным социализирующим опытом, что затрудняет им развитие навыков, необходимых для адекватного регулирования их эмоциональной реактивности. Возникающие в результате проблемы в эмоциональной регуляции могут привести к тому, что ребенок будет совершать импульсивные и незапланированные агрессивные и антисоциальные действия, за которые он или она могут впоследствии испытывать угрызения совести, но при этом все равно испытывать трудности с контролем подобного поведения в будущем.

Исследовательские критерии доменов и ПП

Из этого обзора путей развития выраженных проблем поведения становится ясно, что как ODD, так и CD являются мультидетерминированными и гетерогенными процессами с

точки зрения их этиологии. Этот вывод не является необычным для расстройств DSM, основанных на поведенческих симптомах, которые часто возникают в результате множества различных причинных процессов. Такое положение дел стало толчком для инициативы по исследовательским критериям доменов (RDoC) Национального института психического здоровья, которая была задумана как способ преодолеть ограничения в диагностических системах, основанных на поведении, путем сосредоточения исследований на нейрокогнитивных механизмах, лежащих в основе поведенческих симптомов, а не на самих поведенческих симптомах [Cuthbert & Insel, 2013]. Хотя RDoC находился под сильным влиянием исследований нейронных цепей, этот подход явно нередукционистский в понимании того, что причинные процессы психопатологии следует рассматривать на нескольких уровнях – от генов, молекул, клеточных систем, нейронных цепей, до физиологии и поведения [Sanislow et al., 2010]. Для продвижения исследований с использованием этого подхода была разработана матрица RDoC, которая определяет пять широких систем (т. е. группа негативных симптомов, группа позитивных симптомов, когнитивные симптомы, группа симптомов социальных процессов, система активирующих и модулирующих симптомов), которые могут быть определены на этих нескольких уровнях и которые формируют основу для определения психопатологии, основанной на патофизиологии (например, расстройство системы негативных

симптомов), а не на поведенческих проявлениях (например, гневное и вызывающее поведение). Важно отметить, что эта матрица RDoC не предназначалась как исчерпывающая в отношении всех возможных областей, которые могут быть важны для определения психопатологии, а вместо этого была разработана для «поощрения интеграции клинических и экспериментальных результатов из различных подходов» [Sanislow et al., 2010, p. 633].

Как отмечалось ранее, исследования различных путей развития выявили ряд различных факторов риска развития ПП у детей. Вариант манифестации ПП в подростковом возрасте, концептуализированный как преувеличение нормального процесса развития личности, не очень хорошо вписывается в структуру RDoC, которая концептуализирует психопатологию как нейрокогнитивную дисфункцию. Тем не менее многие факторы риска, которые были связаны с двумя вариантами развития ПП в детстве, могут быть концептуализированы как связанные с несколькими аспектами из матрицы RDoC. Иными словами, выраженные ПП, которые впервые проявляются в раннем детстве, можно рассматривать с точки зрения RDoC как результат нескольких различных патологических процессов. Кроме того, эти процессы, как описано ранее, относятся к нескольким доменам, включенным в матрицу RDoC.

Дети с ранним началом ПП и повышенными чертами СУ демонстрируют темперамент, который отражает отчетливый

паттерн функционирования в системе негативных симптомов RDoC, т. е. эти дети демонстрируют свидетельства недостаточной реакции систем, связанных с острой угрозой (страхом) и потенциальной угрозой (тревогой) на нескольких уровнях.

В частности, исследования показали, что дети с чертами CU демонстрируют:

- 1) отсутствие страха и вовлеченность в поиск острых ощущений на поведенческом уровне;
- 2) низкую чувствительность к наказанию и отсутствие эмоциональной реакции на стресс у других на когнитивно-эмоциональном уровне;
- 3) снижение реакции области миндалины на страх у других и изменение физиологии стресса (например, снижение вегетативной реактивности, притупление высвобождения гормонов стресса надпочечниками, изменение активации половых гормонов) на биологическом уровне [Frick et al., 2014; Frick & Shirtcliff, 2016].

Эти эмоциональные процессы могут затем привести к нескольким проблемам из группы симптомов социальных процессов RDoC, которая определяется процессами, связанными с нормальным развитием чувства принадлежности и привязанности [Sanislow et al., 2010]. Опять же дефицит социальных процессов может быть определен на нескольких уровнях, в том числе на поведенческом, по собственно чертам CU (например, отсутствие сочувствия и бездушное ис-

пользование других) и проблемам в распознавании невербальной мимической коммуникации и понимании ментальных состояний, в частности, связанных с распознаванием сигналов дистресса у других [Frick et al., 2014]. На когнитивном уровне дети с ПП и повышенными уровнями черт CU демонстрируют пониженную ориентацию внимания на картины дистресса у других [Kimonis, Frick, Fazekas & Loney, 2006] и дефицит рефлексорного перемещения взгляда в область глаз в ответ на сигналы страха и стресса у других [Dadds et al., 2014; Dadds, Jambrak, Pasalich, Hawes & Brennan, 2011].

Эти дефициты типичных автоматических реакций, связанных с принадлежностью и привязанностью, проявляются в очень раннем возрасте. Например, Бедфорд, Пиклз, Шарп, Райт и Хилл (2015) описывают, что более низкий уровень предпочтительного отслеживания у младенцев в возрасте пяти недель предсказывает более высокие уровни черт CU в возрасте два с половиной года. Строго говоря, путь развития к серьезному ПП у детей с повышенными чертами CU может быть концептуализирован с точки зрения RDoC как нарушение двух конструктов, связанных с недостаточной реактивностью системы негативных симптомов и дефицитом в системе симптомов социальных процессов.

Причинные процессы, ведущие к раннему возникновению ПП у детей с нормативными уровнями черт CU, также могут быть концептуализированы в рамках RDoC. Как от-

мечалось ранее, исследования показывают, что у детей с ПП с ранним началом и нормативными уровнями черт СУ, часто наблюдаются паттерны повышенной эмоциональной реакции в системе отрицательных симптомов на поведенческие (т. е. гнев, реактивная агрессия, тревога, депрессия), когнитивные (т. е. усиление ориентации внимания на сигналы дистресса у других) и биологические (измененная физиология стресса и активация гонадных гормонов) уровни [Frick et al., 2014]. Эта повышенная реактивность в системе негативных симптомов также может приводить к дефицитам в области симптомов социальных процессов матрицы RDoC, хотя и отличных от тех, которые предполагаются у детей с повышенными чертами СУ. В частности, повышенное вегетативное возбуждение и реактивность могут усилить внимание ребенка к угрожающим сигналам от других, повышая вероятность того, что дети будут интерпретировать эмоциональные проявления других людей как враждебные и злые (например, угрожающие) [Vella & Friedman, 2007]. Такие предубеждения в отношении атрибуции могут затем повысить вероятность агрессивной реакции ребенка в ответ на эти предполагаемые угрозы со стороны других [Dodge & Pettit, 2003].

ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Ввиду того что проблемы с поведением многогранны в

разнообразии проявляемых конкретных форм поведения, возрасте, в котором проблемное поведение впервые проявляется, и условиях, в которых оно возникает, неудивительно, что было разработано множество вмешательств для лечения различных проявлений ПП. Поскольку эти вмешательства широко различаются по степени их эмпирической проверки, мы выбрали вмешательства, которые обычно считаются соответствующими принятым в настоящее время критериям для определения эффективности метода. В целом мы следуем рекомендациям, вытекающим из недавних обзоров, практических руководств и метаанализов [Elliott, 2017; Epstein et al., 2015; Gorman et al., 2015; Kaminski & Claussen, 2017; McCart & Sheidow, 2016; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013; Waddell, Schwartz, Andres, Barican & Yung, 2018]⁶.

Основная часть этой главы посвящена четырем категориям широких психосоциальных вмешательств, которые были разработаны в первую очередь для лечения и/или профилактики ПП: 1) семейные вмешательства; 2) тренинговые подходы для детей и подростков по обучению навыкам; 3) программы на уровне сообществ; 4) вмешательства на базе школы (см. табл. 5.1).

⁶ Важно отметить, что большинство вмешательств направлены на явные, а не на скрытые CD. Хотя скрытое поведение CD (например, ложь, воровство, поджог) являются ключевыми компонентами более поздних проявлений развития CD, большинство вмешательств, в первую очередь направленных на скрытое CD, не квалифицируются как эмпирически подтвержденные методы лечения.

Для каждой категории мы описываем вмешательства, доступные и подходящие для детей и подростков. Мы обсуждаем ряд вопросов, связанных с разработкой, выбором и оценкой этих вмешательств, таких как генерализация (устойчивость эффекта) и социальная значимость, сравнительная действенность, механизмы и измеримые параметры результатов лечения, а также эффективность и распространение. Кроме того, мы приводим краткое изложение относительно ограниченных доказательств психофармакологических вмешательств, специфичных для поведения ПП.

Кратко о профилактике

Хотя основное внимание в этой главе уделяется лечению детей и подростков с ПП, мы решили также включить другие вмешательства, которые либо предназначены, либо были показаны для предотвращения развития ПП. Профилактика ПП привлекает к себе повышенный интерес и внимание за последние 35 лет отчасти из-за достижений в определении путей развития ПП (особенно варианта с ранним началом), а также факторов риска и защиты, связанных с прогрессированием по этому пути. Повышенный интерес к профилактике также обусловлен успехами и ограничениями вмешательств, в большей степени ориентированных на лечение.

В определенной степени трудно провести различие между лечением и профилактикой ПП, так как профилактиче-

ские мероприятия зачастую (хотя и не всегда) нацелены на детей младшего возраста, которые уже проявляют некоторый уровень проблемного поведения ПП [Coie & Dodge, 1998]. Одно различие заключается в том, что лечение включает направление к специалистам за помощью, тогда как необходимость участия в профилактике обычно определяется путем скрининга групп риска. Однако это крайне тонкое различие, поскольку границы между профилактикой и лечением часто очень размыты. Например, недавние метааналитические данные показывают, что величина эффекта (ES) вмешательств по обучению родителей (PMT) постепенно увеличивается по мере того, как уровень профилактики переходит от универсальной (выборки сообщества; $ES = -0,21$ [незначительно]) к выборочной избирательной профилактике (семьи из специфических группы риска; $ES = -0,27$), специфической профилактике (у ребенка наблюдается клинический или субклинический вариант ПП; $ES = -0,55$), а затем к лечению (направление ребенка к специалистам для лечения ПП; $ES = -0,69$). В этом исследовании величина эффекта для таргетированной специфической профилактики была более сопоставима с величиной эффекта лечения, чем в случае других уровней профилактики. Кроме того, «лечение» ПП у детей младшего возраста может иметь значительный профилактический эффект (в отношении возникновения позднего ПП и делинквентного поведения), особенно при применении в дошкольном или школьном возрас-

тах [Reid, 1993]. Можно также утверждать, что лечение подростков с ПП также выполняет профилактическую функцию, если оно снижает вероятность дальнейших столкновений с системой правосудия или снижает вероятность совершения правонарушений в будущем. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что такие профилактические эффекты могут быть особенно значимы в случае семейных вмешательств. Интегративный анализ 26 обзоров и метаанализов (1075 исследований) профилактических вмешательств, опубликованных в период с 1990 по 2008 г., показал, что вмешательства по обучению родителей (PMT) имели больший эффект, чем вмешательства, ориентированные на детей или на школу/сообщество ($ES = 0,56, 0,41, \text{ и } 0,28$ соответственно [Beelmann & Raabe, 2009]). Более поздний систематический анализ 50 обзоров описывает аналогичные результаты [Farrington, Gaffney, Lösel & Ttofi, 2016].

**УРОВНИ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ПРОБЛЕМАМИ ПОВЕДЕНИЯ**

Метод лечения	Уровень доказательности	Эффекты наиболее распространенных сопутствующих заболеваний на данное лечение	Другие модифицирующие факторы	Варианты лечения
<i>Психосоциальные вмешательства</i>				
Семейные вмешательства: обучение родителей (PMT) для детей (возраст 2-10 лет)	Хорошо зарекомендовавший себя (вероятно эффективный)	Дети с сопутствующим СДВГ: • PMT может уменьшить симптомы СДВГ; • рассмотрите возможность использования стимуляторов в качестве дополнения	Более выраженные исходные ПП связаны с более высокими уровнями улучшения. PMT более эффективно для детей, тогда как более широкие семейные вмешательства лучше работают для подростков. PMT примерно одинаково эффективно для детей от двух до 11 лет. Эти вмешательства, представляется, одинаково эффективны для мальчиков и для девочек.	У детей из группы лечения в большей степени более выражен эффект от включения компонентов, направленных на улучшение взаимоотношений, и дополнительных стратегий (например, обучения родителей контролю эмоций), тогда как дети из группы профилактики получают эффект от «более умеренных» версий PMT. PMT как универсальная стратегия профилактики не получила поддержки. Реализация PMT в «реальных» условиях (местно и в международном масштабе) оказалась весьма успешной. Подобные варианты практического применения семейных вмешательств с подростками также были успешными, но данные менее единообразны
Семейные вмешательства для подростков (в возрасте 11 лет)	Хорошо зарекомендовавший себя (вероятно эффективный)	Семейные вмешательства также показаны для лечения злоупотребления психоактивными у подростков	Эффекты PMT сильнее в группе лечения (включая специфическую профилактику), чем в группе универсальных/выборочных профилактических мер. Дети и подростки с ПП и повышенными чертами СУ хуже реагируют на семейные вмешательства	

Метод лечения	Уровень доказательности	Эффекты наиболее распространенных заболеваний на данное лечение	Другие модифицирующие факторы	Варианты лечения
Вмешательства по обучению навыкам: • обучение социальным навыкам / «когнитивно-поведенческий тренинг»; • многокомпонентное обучение навыкам; • многокомпонентные вмешательства (семейное вмешательство + обучение навыкам, а в некоторых случаях — школьное вмешательство, например обучение навыкам решения проблем = Coping Power)	Возможно эффективные: • Dinosaur School; • EQUIP; • PSST; • BASIC + Dinosaur School; • SNAP; • Dinosaur School + TCMP; • PMT + PSST. Перспективные (проект): • Coping Power	Нет доказательств различия реакции на основе разнообразных сопутствующих заболеваний	Более эффективно для детей старшего возраста и подростков, чем для детей младшего возраста. Многокомпонентный тренинг работает лучше, чем однофазный подход. Многокомпонентные вмешательства, сочетающие семейные вмешательства с мероприятиями по обучению навыкам, более эффективны. Более выраженные исходные ПП связаны с высокими уровнями улучшения. Эти вмешательства, представляется, одинаково эффективны для мальчиков и девочек. Дети с чертами CU могут лучше реагировать на подходы к обучению навыкам, которые включают обучение навыкам эмпатии, с использованием подходов, основанных на вознаграждении и мотивирующих пациента к изменениям на основе личных интересов	Эффекты сопоставимы при индивидуальном и групповом применении, тем не менее следует принимать во внимание возможные эффекты обучения девиантному поведению от сверстников в групповых условиях

Метод лечения	Уровень доказательности	Эффекты наиболее распространенных сопутствующих заболеваний на данное лечение	Другие модифицирующие факторы	Варианты лечения
Вмешательства на уровне сообществ Модель обучения и семьи (TFM) / комплексная помощь. Дневные лечебные программы	Уровни доказательности недостаточны для большинства программ на уровне сообществ. Перспективные (CEBC): • TFM	Нет данных	Нет данных	Поскольку эти вмешательства значительно различаются по интенсивности и широте охвата, требуется особое внимание к выбору и лечению подбора пациентов. Следует контролировать возможность обучения девиантному поведению у сверстников, однако некоторые исследования показывают, что в случае TFM это встречается редко
Вмешательства на уровне школы Уровень 1: • социально-эмоциональное обучение (Social Emotional Learning, SEL); • обучение учителей методам управления поведением в классе; • игра «Хорошее поведение». Уровень 2: • «Первый шаг к успеху». Уровень 3: программы против травли: • Olweus; • KiVa	Вероятно эффективный: • «Первый шаг к успеху» Возможно эффективный: • TCMP; • BASIC + TCMP; • BASIC + Dinosaur School + TCMP Перспективные (проекты): • игра «Хорошее поведение»; • Olweus; • KiVa	Детям с более серьезными ПП и/или сопутствующими заболеваниями, вероятно, потребуются вмешательства уровней 2 и 3 в дополнение к уровню 1	Вмешательства уровня 1 более эффективны: • чем вмешательства уровней 2 и 3; • для учеников начальной школы, чем для учеников средней или старшей школы; • для детей с более выраженными ПП. Игра «Хорошее поведение» может быть более эффективной для детей с более выраженными ПП и для мальчиков. Программы против травли: • больше доказательств в пользу применения в детском саду — до 7-го класса, чем в программах от 8-го класса и старше; • более выраженный эффект в Европе, чем в США; • эффективность сравнима для традиционной травли и интернет-травли	Модель поддержки позитивного поведения в школе (Schoolwide Positive Behavior Support, SWPBS) представляет собой концептуальную и операционную модель, но не оценивалась как единое целое. Большинство исследований по связям вмешательства уровня 1 (универсальным). При выборе вмешательства практикующие врачи должны полагаться на существующие обзоры и метаанализы, а не на списки лучших методов

Метод лечения	Уровень доказательности	Эффекты наиболее распространенных сопутствующих заболеваний на данное лечение	Другие модифицирующие факторы	Варианты лечения
Психофармакологические методы лечения [Gorman et al., 2015]		Препараты первой линии обычно используются в основном для лечения СДВГ, а их влияние на ПП считается вторичным результатом		Психосоциальные вмешательства всегда относят к методу первого выбора. Необходимо учитывать потенциальный риск побочных эффектов для всех лекарств, особенно для рisperидона
Психостимуляторы	Настоятельно рекомендованы			
Метилфенидат				
Производные амфетамина				
Ингибиторы обратного захвата норадреналина	Условно эффективный, есть данные в пользу метода			
Атомоксетин				
Альфа-2 агонист	Условно эффективный, есть данные в пользу метода			
Гуанфацин				
Нейролептики	Условно эффективный, есть данные в пользу метода			
Рisperидон				

Примечание. Проекты и оценки Калифорнийского информационно-координационного центра доказательной практики (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, CEBC) используются выборочно в дополнение к основным рейтингам, представленным Камински и Клауссен (2017), а также Маккарт и Шейдон (2016).

* Большинство вмешательств на уровне сообщества и школы не оценивались по уровню доказательности.

Психосоциальные методы лечения

Начнем с общего утверждения: есть убедительные доказательства того, что психосоциальные вмешательства при ПП работают. Например, в недавнем крупном метаанализе эффектов психологической терапии детей и подростков Вейц и коллеги (2017) обнаружили значительную величину эффекта для вмешательств по поводу ПП как после лечения ($ES = 0,46$), так и при отсроченном наблюдении ($ES = 0,44$). Хотя размеры эффекта после лечения для ПП были меньше, чем для тревоги, они были сопоставимы с эффектами, полученными для СДВГ, и больше, чем эффекты, полученные для лечения депрессии и множества других проблем. Как отмечалось ранее, существуют также значимые доказательства преимуществ профилактических вмешательств при ПП [Beelmann & Raabe, 2009; Farrington et al., 2016]. Также существует доказательная поддержка влияния психосоциальных вмешательств на множество аспектов ПП. Например, Беттаглиз и соавторы (2015) в своем метааналитическом исследовании сообщили о значительных величинах эффекта для симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства (стандартизованное среднее расхождение $-0,88$), экстернализирующих симптомов ($-0,52$) и агрессивного поведения ($-0,28$). Кроме того, недавнее метааналитическое исследование поддерживает сохранение эффектов вмешательств

ства во времени [Fossum, Handegård, Adolfson, Vis & Wynn, 2016].

В отношении четырех категорий психосоциальных вмешательств, подробно описанных в этой главе, можно сделать несколько общих утверждений.

Во-первых, хотя между этими категориями существуют существенные различия, мы можем с уверенностью утверждать, что семейные вмешательства по поводу ПП имеют самую сильную доказательную поддержку. Например, все вмешательства уровня 1 (хорошо зарекомендовавшие себя) для детей [Kaminski & Claussen, 2017] и подростков [McCart & Sheidow, 2016] являются семейными вмешательствами, как и многие вмешательства уровня 2 (вероятно эффективные).

Во-вторых, отражая усиление условий окружающей среды, с которыми сталкиваются подростки, эти семейные методы терапии также с большей вероятностью будут включать другие компоненты вмешательства, связанные с индивидуальными навыками, особенно в том, что касается взаимодействия со сверстниками при лечении подростков с ПП.

Таким образом, многокомпонентные вмешательства показаны подросткам (и, возможно, детям старшего возраста). Например, в одном метааналитическом исследовании описано, что вмешательства с вовлечением родителей сами по себе или как часть многокомпонентного вмешательства имели более сильный эффект, чем вмешательства с участием толь-

ко детей [Epstein et al., 2015].

В-третьих, вмешательства на базе школы сильно различаются по масштабам (например, универсальные или целевые), по направленности (лечение или профилактика) и по степени эмпирической поддержки. Таким образом, определить основной набор школьных вмешательств при ПП сложнее. Наконец, вмешательства на уровне сообществ еще более разнообразны с точки зрения подхода (например, TFM) и силы доказательной базы.

Семейные вмешательства

Подходы к лечению детей с ПП в семье, как правило, базировались на модели вмешательства (PMT), основанной на социальном обучении, которое фокусируется на помощи родителям в изучении различных поведенческих стратегий для поощрения позитивного поведения и предотвращения негативного поведения у детей [Miller & Prinz, 1990]. Напротив, семейные вмешательства для подростков обычно используют более широкий спектр подходов, призванных вызвать изменения в семье [McCart & Sheidow, 2016].

PMT для детей с ПП

Цель PMT – вооружить родителей методами управления поведением, чтобы улучшить качество и постоянство их ре-

акции как на отрицательное (например, непослушание), так и на положительное (например, послушание) поведение ребенка. Предполагаемый результат РМТ – формирование модели более позитивного взаимодействия родителей и детей, ведущей к повышению уровня просоциального поведения ребенка и снижению ПП. РМТ – это наиболее широко изученный подход к лечению ПП у детей с самой убедительной доказательной базой, подтверждающей его эффективность [Kaminski & Claussen, 2017].

Исходное предположение основанных на социальном обучении моделей РМТ, заключается в том, что детям необходимо научиться различать приемлемое и неподобающее поведение, и эта социализация в значительной степени исходит от родителей.

Основные элементы подхода РМТ включают следующее.

- Вмешательство проводится в основном с родителем или с диадой «родитель – ребенок» с относительно меньшим количеством контактов «терапевт – ребенок».
- Терапевты переориентируют внимание родителей с ПП на просоциальные цели.
- Содержание таких программ обычно включает обучение методам воспитания детей на основе социального обучения (например, эффективное отслеживание поведения ребенка, похвала за просоциальное поведение, использование экстинкции⁷ (игнорирование) и мягкое наказание за нега-

⁷ В психологии: ослабление условного рефлекса, наблюдающееся при отсут-

тивное поведение [тайм-аут, плата за поступок]).

- Терапевты широко используют дидактические инструкции, моделирование, ролевые игры, репетиции поведения и структурированные домашние задания для содействия эффективному воспитанию детей [Dumas, 1989; Kazdin, 1995; Miller & Prinz, 1990].

Вмешательства PMT успешно применялись в клинике и на дому, проводились с отдельными семьями или с группами семей и включали некоторые или все перечисленные ранее обучающие техники. Кроме того, в настоящее время имеются существенные доказательства того, что различные формы самостоятельно проводимых пациентами PMT (например, книги, видео, интернет-вмешательства, приложения для смартфонов) могут быть эффективными для некоторых семей [O'Brien & Daley, 2011; Watson MacDonell & Prinz, 2017]. Мы кратко опишем несколько из доказательно подтвержденных программ PMT в качестве примеров семейного лечения детей с ПП. Описания клинических процедур, используемых в этих программах, широко доступны (например, в виде руководств для психотерапевтов, видеокассет для обучения терапевтов и/или книги для родителей), и каждая из программ подвергалась всесторонней оценке.

Первые три программы PMT берут начало в новаторской работе Констанс Ханф (2016, 2013):

- 1) «Помощь непослушным детям» (Helping the

Noncompliant Child, HNC) [McMahon & Forehand, 2003];

2) тренинг детско-родительского взаимодействия (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT) [Zisser-Nathenson, Herschell & Eyberg, 2017];

3) «Невероятные годы: базовые программы воспитания детей» (The Incredible Years: BASIC Parenting Programs, BASIC) [Webster-Stratton & Reid, 2017].

Программы PMT на основе разработок Ханф имеют много общих черт и были в основном разработаны для детей младшего возраста (например, дошкольного и младшего школьного возраста). Каждая разделена на две фазы. Основная цель начального этапа – разорвать цикл принудительных взаимодействий путем установления позитивных, взаимоподкрепляющих отношений между родителями и детьми. На втором этапе родителей учат давать детям четкие и эффективные инструкции, а также применять систематическую процедуру тайм-аута, чтобы уменьшить непослушное поведение. HNC и PCIT обычно проводятся с отдельными семьями, тогда как метод BASIC разработан в первую очередь для групп родителей. Во всех трех вмешательствах психотерапевты широко используют моделирование и ролевую игру во время сессий (в дополнение к дидактическим инструкциям и обсуждениям) для обучения навыкам, и каждый из методов предполагает практические домашние задания и упражнения. Техника BASIC также использует формат группового обсуждения видеомоделирования, в котором видеоролики

родителей, взаимодействующих со своими детьми как подходящими, так и несоответствующими способами, используются в качестве стимула для обсуждения соответствующих способов справляться с поведением детей с ПП. Как HNC, так и PCIT используют взаимодействие родителей и детей в естественных условиях с целью обучения родителей, когда они практикуют новые родительские навыки во время сеанса, что, как было показано, повышает эффективность PMT [Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008]. Подобно исходной программе Ханф (1969), две программы (HNC, PCIT) описывают критерии поведенческих характеристик, которым родитель должен соответствовать для каждого навыка воспитания.

Программа Positive Parenting Programme (Triple P) [Sanders & Mazzucchelli, 2018] за 35 лет превратилась в модель общественного здравоохранения, направленную на содействие здоровому функционированию ребенка и семьи. Triple P включает пять уровней вмешательства – от универсальных стратегий профилактики до интенсивного и индивидуализированного лечения детей с тяжелыми симптомами ПП. Эта модель была разработана для использования родителями с ребенком от рождения до 16 лет, хотя большая часть исследованных результатов была сосредоточена на семьях с маленькими детьми (в возрасте двух-восьми лет) [Sanders, Kirby, Tellegen & Day, 2014].

Вмешательства Triple P сочетают стратегии PMT с рядом

разнообразных материалов и видов услуг по поддержке семьи.

Уровень 1 использует универсальный профилактический подход, предоставляя информацию о воспитании детей через несколько источников.

Уровни 2 и 3 представляют собой непродолжительные вмешательства для лечения ПП легкой и средней степени тяжести с предоставлением информации по конкретной проблеме и краткими (например, до четырех сеансов) вмешательствами РМТ.

Уровень 4 (стандартная Triple P) состоит из 8–10 занятий для родителей с детьми, у которых проявляются более тяжелые симптомы ПП. Этот уровень включает в себя многие компоненты традиционных программ РМТ, такие как сосредоточение внимания на взаимодействии родителей и детей и обучение навыкам воспитания, разработанные для применения к ряду вариантов проблемного поведения, и проводился в индивидуальном, групповом и самостоятельном форматах.

Вмешательство уровня 5 (расширенный Triple P) подходит, когда помимо тяжелого детского ПП имеется значительная семейная дисфункция (например, родительская депрессия, семейный конфликт). На этом уровне семейное вмешательство индивидуально адаптировано к потребностям семьи, а стратегии лечения часто включают посещения на дому, посвященные методам воспитания, обучению копинг-навыкам и управлению проблемами настроения, семейным

конфликтом и/или семейным стрессом.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.