ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
раннего детского
развития



Тревожность и депрессия

Обновление июня 2015 г.

Редактор темы:
проф. Рональд М. Рапи, Университет Маккуори, Центр эмоционального здоровья, Австралия

Оглавление

Обобщение 5

Выявление и диагностика тревожности и депрессии в раннем детстве 10
НИКОЛАС Д. МАЙЕН, МАГИСТР, ЭЛИС С. КАРТЕР, PHD, МАРТА 2013 R.

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей младшего возраста 18
АЛЕКСАНДРА ДЕ ЯНГ, PHD, ДЖАСТИН КЕНАРДИ, PHD, МАРТА 2013 R.

Детско-родительские взаимоотношения в раннем детстве и развитие тревожности и депрессии 26
ДЖЕННИФЕР Л. ХАДСОН, PHD, МАРТА 2013 R.

Темперамент в раннем детстве и развитие тревожности и депрессии 33
НАТАН А. ФОКС, PHD, ТАХЛ И. ФРЕНКЕЛЬ, МАГИСТР, МАРТА 2013 R.

Отношения детей со сверстниками: связи с развитием тревоги и депрессии на ранней стадии 45
РОБЕРТ ДЖ. КОПЛАН, PHD, ЛОРА УИ, MA, МАРТА 2013 R.

Работа с клинически выраженной тревогой и депрессией в раннем детстве 53
СЭМ КАРТРАЙТ-ХАТТОН, PHD; ДОКТОР КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, МАРТА 2013 R.

Ранняя коррекция и профилактика тревожности и депрессии 60
ДЖОРДАНА К. БАЙЕР, PHD, РУТ БИТСОН, PHD, МАРТА 2013 R.

Тема разработана при финансовой поддержке:



Обобщение

Насколько это важно?

Проблемы психического здоровья, испытываемые в зрелом возрасте, часто начинаются в детстве и юности. Подсчитано, что один из семи детей во всем мире страдает из-за проблем с психическим здоровьем. Один из главных типов психических проблем, обнаруживаемых в детстве, это проблемы интернализующего типа. Проблемы интернализующего типа характеризуются эмоциональным дистрессом, направленным вовнутрь, что осложняет распознавание данных проблем. В отличие от обычного страха, застенчивости и грусти, проблемы интернализующего типа ухудшают развитие и жизненное функционирование ребенка.

Проблемы интернализующего типа включают в себя депрессию и тревожность. К симптомам депрессии у детей более старшего возраста относят чувство уныния, проблемы с весом и аппетитом, расстройство сна, потерю энергии и низкую самооценку. Несмотря на то, что споры по поводу диагностирования депрессии у маленьких детей все еще продолжаются, симптомы могут проявляться уже в возрасте трех лет. Всемирная Организация Здравоохранения предполагает, что к 2030 году депрессия станет вторым наиболее важным бременем болезней после ВИЧ/ СПИДа.[1]

Тревожные расстройства также могут стать причиной значительного дистресса и расстройств у маленьких детей, поэтому они заслуживают особого рассмотрения. Проблемы с тревожностью существуют, когда эмоциональная реакция детей несоразмерна характеру той ситуации, с которой они сталкиваются (например, истеричные рыдания при разлуке с родителем), и когда такая реакция мешает жизни ребенка. Тревожные расстройства часто предшествуют большой депрессии.

Хотя они и отличаются друг от друга, симптомы депрессии и тревожности нередко частично совпадают и сосуществуют. Это становится особенно очевидно во время посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). ПТСР – серьезное психологическое состояние, которое может развиться после травмы и которое сильно ухудшает дееспособность человека. Ранний травмирующий опыт может привести к долговременным

последствиям, и дети, пережившие травмирующее событие, подвержены риску развития ПТСР.

Что нам известно?

Одна из причин споров, касающихся диагностирования депрессии или тревожного расстройства у ребенка, заключается в том, что традиционные инструменты диагностики были разработаны для взрослых, и они адекватно не учитывают расстройства, характерные для различных возрастных стадий (например, нарушение распорядка дня семьи). Кроме того, маленьким детям часто бывает сложно объяснить, как они себя чувствуют. К счастью, начали использовать новые инновационные методы, такие как интервью с использованием куклы и рисуночные тесты, чтобы помочь детям выразить свои эмоции.

Первые признаки проблем интернализующего типа часто наблюдаются у ребенка, находящегося в группе сверстников, при этом депрессия и тревожность могут проявляться в форме застенчивости, боязливости, озабоченности и нервозности. Дети с проблемами интернализующего типа с трудом идут на контакт или вступают в разговор, говорят очень мало и нечасто устанавливают визуальный контакт. Такое социально замкнутое поведение повышает риск виктимизации со стороны сверстников. Тревожные и депрессивные дети реже заводят друзей, их дружеские отношения бывают худшего качества и устанавливаются с детьми, которые также проявляют признаки интернализующих проблем, что может усугубить существующие проблемы. Однако наличие у ребенка хотя бы одного близкого друга может также защитить ребенка от пагубного влияния проблем интернализующего типа.

Как гены, так и среда увеличивают риск развития у ребенка проблем интернализующего типа. Один из наиболее значительных факторов риска, влияющих на развитие тревожности – это поведенческая заторможенность, рано проявляющаяся черта темперамента, которая характеризуется сильной пугливостью, дистрессом и реактивностью на новые ситуации. Вероятность развития тревожных расстройств на более поздних этапах жизни гораздо выше у детей, которые в раннем детстве демонстрируют заторможенное поведение. Дети с заторможенным поведением часто социально замкнуты и, как следствие, рискуют стать отвергнутыми сверстниками, что может усугубить чувство тревожности и изолированности.

Связь между поведенческой заторможенностью и социальной отстраненностью кажется особенно сильной у детей, которые демонстрируют искажения внимания к угрозам, когнитивное отклонение, часто связанное с тревожностью. Навыки, задействующие исполнительные функции, такие как когнитивный мониторинг и тормозящий контроль, могут также способствовать развитию тревожности у поведенчески зажатых детей.

Средовые факторы, увеличивающие риск развития проблем интернализующего типа, включают в себя определенные формы проявления родительского воспитания. Степень влияния родительского воспитания мала, но, как оказалось, является постоянным источником риска развития проблем интернализующего типа. Дети матерей, отличающихся гиперопекой и чрезмерной критикой, придерживающихся жесткой дисциплины, имеют, как правило, слабые навыки эмоционального регулирования и более восприимчивы к сложностям, связанным с эмоциональным здоровьем. Родители, сами испытывающие тревожность, могут подвергать детей риску развития тревожных расстройств, демонстрируя пример избегающего или тревожного поведения. Такое поведение родителей особенно сильно влияет на детей с поведенческой заторможенностью.

Плохая привязанность является еще одним фактором риска развития тревожности и депрессии. Вызванная опытом проживания в неотзывчивой и равнодушной среде, ненадежная привязанность может привести к недоразвитию навыков эмоционального регулирования у детей и появлению негативного самовосприятия, двум состояниям, ассоциирующимся с проблемами интернализующего типа.

Что можно сделать?

Первоначальный необходимый шаг для понимания развития детской депрессии и тревожности заключается в расширении диагностики этих состояний в клинических и исследовательских условиях при помощи приемов множественных методов, проведении множества обследований и использовании множества информантов. В то время как использование скрининга для выявления проблем интернализующего типа во время стандартных профосмотров может быть идеальным вариантом, нацеленность на обследование детей и семей, находящихся в группе риска, может представлять собой более эффективный по себестоимости и реалистичный метод профилактики и уменьшения негативных последствий, ассоциирующихся с интернализующими проблемами. Например,

тщательный скрининг в тех средах, где дети рискуют пережить травму (например, больницы), или выявление поведенчески зажатых детей в раннем возрасте может оказать значительное влияние на детей, их семьи и общество в целом.

Родителей может успокоить тот факт, что уже было найдено несколько индивидуально подобранных методов лечения детей в состоянии депрессии или тревожности, однако последовательно применяемые программы лечения еще предстоит разработать. С определенным успехом у детей в возрасте от шести лет применялись антидепрессанты, но их использование в настоящее время ограничено случаями крайней необходимости из-за опасений о здоровье. Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) – это наиболее распространенный и эффективный метод работы с тревожностью и депрессией в детстве. КБТ нацелена на то, чтобы помочь детям выявлять свои привычки искаженного мышления и противостоять им, и включает в себя приемы поведенческой терапии, в течение которой дети постепенно переживают ситуации, провоцирующие тревогу. Основанная на игре когнитивно-бихевиоральная терапия применялась у детей уже в возрасте 4 лет.

Вовлечение родителей в процесс лечения благотворно для снижения симптомов депрессии и тревожности. КБТ часто предполагает вовлечение родителей в программу лечения, для того, чтобы обучить их приемам техник конфронтации и навыкам управления, относящимся к тревожности. Эти коррективные вмешательства впоследствии позволяют родителям оптимальным образом подстраивать свой стиль родительского воздействия под темперамент своего ребенка, становясь при этом менее гиперопекающими и менее тревожными. В случаях посттравматического стрессового расстройства вмешательство должно быть направлено как на нужды ребенка, так и на нужды родителей, чтобы снизить дистресс у всех участников и способствовать функционированию семьи.

Ранняя коррекция, которая включает в себя психологическое образование, вовлечение родителей и тренировку навыков, помогающих справляться с трудными ситуациями, также является ключевой для предотвращения развития серьезных и продолжительных (хронических) проблем психического здоровья. Раннее социальное взаимодействие со сверстниками должно проходить под супервизией родителей и педагогов для своевременного выявления признаков проблем интернализующего типа, что может стать идеальной возможностью для раннего вмешательства, нацеленного на тренировку социальных навыков. Совместные усилия родителей, работников здравоохранения и

сотрудников детских учреждений наверняка будут наиболее эффективными при создании стабильной и гармоничной окружающей среды для детей.

Директивные органы, заинтересованные в детском психическом здоровье, должны отдавать предпочтение программам, основанным на экспериментально проверенных (доказательных) данных, а также высококачественным исследованиям, изучающим эффективность вмешательства при лечении депрессии и тревожности у детей. В организациях, предоставляющих услуги, следует распространять информацию о проявлениях тревожности и депрессии в раннем детстве, поскольку проблемы интернализующего типа часто остаются незамеченными. Организации, имеющие дело с детским травматизмом, также должны быть осведомлены о системном влиянии перенесенной травмы на всю семью в целом.

1- ????????? ??????????? ???????????????? ???????? ?????????? ????? ???????? (???) ? ?????????? ??? ?????, ?????????? ? ?????????? ???????????? (????). ???? ????????? ?????????? ???????? ???? ?????, ?????????? ??-?? ???????????????? ??????????, ? ???? ?????, ?????????? ? ????? ? ??????????? ????????, ?? ??????????? ????????? ???????? ????????. ?????????? ???? ??? ?????????? ? ???? ?????????? ???????????????? ???????????? ??? 1990 ?. ??? ????????????? ?????? ??????? ???????? ? ???????? ?? ????????, ???????? ????? ? ????????. (http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/ru/)

Выявление и диагностика тревожности и депрессии в раннем детстве

Николас д. Майен, магистр, Элис с. Картер, PhD

Факультет Психологии Университета штата Массачусетс, Бостон, США

марта 2013 г.

Введение

Тревожные расстройства характеризуются эмоциональным возбуждением, связанным со страхом, беспокойством или нервозностью, которые несоразмерны с ситуацией. Выраженные страхи у детей дошкольного возраста фиксируются с 20-х годов прошлого века,[1] но лишь недавно тревожные расстройства у детей младшего возраста были широко признаны серьезными нарушениями, требующими специализированного лечения. Состояние тревожности у маленьких детей часто проявляется в стрессовых ситуациях (например, при расставании с родителем или близким взрослым) в виде боязливости, демонстративного неповиновения или приступов плача. Диагностика депрессивности в раннем детстве остается предметом обсуждения, но такие симптомы как уныние, проблемы с аппетитом, весом и сном, упадок сил и заниженная самооценка, которые наблюдаются у детей более старшего возраста, могут представлять собой отчетливый синдром у маленьких детей.[2] Для того чтобы удовлетворить диагностическим критериям, симптомы должны быть достаточно серьезными, препятствуя нормальной жизни. Большинство маленьких детей с симптомами депрессивного состояния не соответствуют критериям для постановки формального диагноза DSM-IV (четвертое издание Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), но эксперты согласны в том, что дети могут испытывать основные симптомы депрессивного состояния по достижении возраста трех лет.[2]

В исследованиях по психопатологии система оценки направлена на выявление психологической феноменологии расстройства с целью углубить понимание того, как проявляется и протекает болезнь, какие факторы риска присутствуют и как лечить депрессивное состояние. Диагностика в клинических условиях направлена на сбор скрининговых и/или клинических данных для обоснования заключений в отношении диагностических проявлений у конкретного ребенка и разработки индивидуальных

коррективных мероприятий для поддержания оптимального функционирования ребенка в социальной, учебной и семейной среде. Ключом к валидной и надежной оценке является применение комплекса методик с привлечением множества информантов, который включает в себя повторные клинические наблюдения, диагностическое интервьюирование, историю развития и применение всеобъемлющих стандартизованных опросников для выявления симптоматики.[3]

Предмет

Небольшое число исследований непосредственно посвящено распространенности психических расстройств у детей дошкольного возраста. Исследование, проведенное в США, обнародовало результаты, согласно которым коэффициент распространённости тревожных расстройств среди детей дошкольного возраста достигает 9% и депрессивного состояния – 2%.[4] Недавнее исследование в Скандинавии также выявило, что 2% детей подвержены депрессивному состоянию, однако встречаемость тревожных расстройств значительно ниже (1.5%).[5] В то время как большинство детских страхов и преходящего уныния являются нормой, некоторые дети страдают от эмоциональных проблем, которые вызывают значительный дистресс и жизненные затруднения, ограничивая их возможность развивать соответствующие возрасту социальные и предучебные навыки и/или участвовать в соответствующих возрасту занятиях и ситуациях. Диагностика необходима для того, чтобы понять феноменологию эмоциональных симптомов и выявить маленьких детей, нуждающихся в помощи, поскольку первостепенная задача заключается в том, чтобы такие дети получали поддержку специализированных служб.

Проблематика

Исследователи затрудняются в том, чтобы отграничить различия в темпераменте (устойчивые индивидуальные особенности, относящиеся к реактивности и саморегуляции) от симптомов психопатологии. Также нет согласия в том, рассматривать ли тревожность и депрессивную симптоматику как единую «сферу проблем интернализирующего типа» или как два клинически различных синдрома.[6,7] Схожие проблемы с классификацией симптомов отражены в отсутствии консенсуса относительно того, следует ли рассматривать и изучать эмоциональные проблемы как категориальный или как количественный признак.[8] Диагностические критерии (DSM-IV-TR)[9] часто не подходят для маленьких детей и не охватывают типы затруднений, имеющих ярко выраженный возрастной характер

(например, нарушение семейного распорядка), что осложняет применение методов психиатрических исследований. Несмотря на значительные успехи в оценке, распознавании и лечении эмоциональных расстройств в раннем детском возрасте,[10-12] показатели приема службами психического здоровья и участия в программах профилактики остаются низкими, особенно для детей, принадлежащих к этническим меньшинствам и живущих в бедности.[13-16]

Научный контекст

Несколько широко используемых систем оценки на основе родительских отчетов по типу опросников (например, Child Behavior Checklist[17] (Опросник поведения ребенка), Infant-Toddler Social and Emotional Assessment18 (Социальная и эмоциональная оценка младенцев и детей преддошкольного возраста), Behavior Assessment System for Children[19] (Система оценки поведения детей) охватывают широкий спектр функционирования, включая поведенческие проблемы интернализирующего, экстернализирующего и других типов в раннем детстве. Другие методы включают the Preschool Age Psychiatric Assessment[20] (Психиатрическое обследование детей дошкольного возраста) – структурированное диагностическое интервьюирование родителей и лабораторные наблюдения. Маленькие дети часто не могут описать собственный эмоциональный опыт, используя традиционные методы. И поэтому, чтобы помочь детям дошкольного возраста определить соответствующие симптомы, в Berkeley Puppet Interview (Интервью, разработанное в Университете Беркли) используется понятная детям процедура с куклами.[21] В одной из новейших методик – Picture Anxiety Test (Тест в картинках для выявления тревожности), используются картинки, чтобы помочь маленьким детям описать тревожность.[22]

Дальнейшее продвижение исследований диагностики эмоциональности у маленьких детей требует введения теоретического разграничения между темпераментом и симптоматикой интернализирующего типа. Например, торможение поведения (заметная стеснительность в ситуациях, связанных с общением и непривычных ребенку[23]) долго считалось стандартным психологическим портретом, свойственным определенному темпераменту, который увеличивает риск развития тревожного расстройства в более поздний период детства,[24] но у некоторых детей он может представлять собой ранние проявления расстройства.[10,25] К сожалению, большинство диагностических систем не различают проявления расстройств на уровне ребенка или семьи в целом, что является одним из способов разграничить конструкты.

Имеющиеся факты позволяют предполагать, что тревожность и симптомы депрессии – это связанные между собой, но самостоятельные сущности,[26] хотя они редко изучаются по-отдельности у маленьких детей. В то время как эмоциональные симптомы отражают биологические процессы и механизмы, биологического «теста» на данный момент не существует. Некоторые психофизиологические методики (кожно-гальваническая реакция, частота сердечных сокращений, дыхание, расширение зрачка, уровень кортизола при стрессе) могут определить особенности вегетативного возбуждения, относящиеся к тревоге, но клиническая диагностика все еще требует диагностического интервьюирования для того, чтобы оценить начало появления симптомов, их продолжительность, тяжесть и сопутствующие расстройства. Наконец, эмоциональные симптомы обычно относительно стабильны на протяжении детства, если с ними не работать.[27,28]

Ключевые вопросы

1. Как можно усовершенствовать методы диагностики, чтобы минимизировать зависимость от родительских отчетов, и в то же время сохранить процедуры минимально трудоемкими?
2. Как в диагностике разграничить темперамент и клинически значимые эмоциональные симптомы?
3. Какие критерии необходимо использовать для того, чтобы диагностировать тревожность и депрессивные расстройства у маленьких детей, или предпочтителен континуальный, количественный подход?
4. Как повысить уровень осознанности и внимания к проблеме у людей, чтобы они больше включались в работу профилактических и ранних коррекционных мероприятий?

Результаты последних исследований

Значительные продвижения были достигнуты в разработке методов оценки и соответствующих возрасту диагностических показателей эмоциональных расстройств у маленьких детей.[29-31] Симптомы отдельных тревожных расстройств (тревожность при

расставании с матерью, генерализованная тревожность) можно отграничить друг от друга у детей уже в возрасте двух лет.6 Одна из новых диагностических методик для детей в возрасте от 3 до 5 лет, the Preschool Anxiety Scale – Revised (Улучшенная шкала тревожности для дошкольников), фиксирует эти различающиеся параметры симптомов тревожности.[32] Кроме того, в качестве одного из индикаторов риска возникновения тревожных расстройств выделяют искажение внимания к угрозам (attentional bias to threat).[33]

В отношении депрессии новейшие результаты исследований подчеркивают валидность диагностики в дошкольном возрасте, а также позволяют указать потенциальные области диагностики. Например, использование функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) показало, что у детей, у которых в истории болезни отмечены первые признаки депрессии еще в дошкольном возрасте, имелись отчетливые паттерны активации мозга, схожие с паттернами активации у взрослых с депрессией.[34] Другое исследование показывает, что критерии депрессии, приведенные в DSM-IV, неаккуратно фиксируют течение расстройства у детей дошкольного возраста.[35] Сходным образом с данными, полученными в отношении депрессии у дошкольников, результаты исследований показывают, что у маленьких детей можно также диагностировать пост-травматическое стрессовое расстройство, при условии применения адекватных возрасту диагностических критериев.[36]

Неисследованные области

Необходимо больше исследований для того, чтобы полностью понять феноменологию и диагностические проявления эмоциональных расстройств у маленьких детей. Это особенно относится к депрессии, которую зачастую сложно отличить от поведенческих расстройств, поскольку оба отклонения характеризуются повышенной раздражительностью и реактивностью. Больше исследований необходимо для того, чтобы усовершенствовать обобщение данных, полученных путем наблюдения, из клинических интервью, самоотчетов детей и методик оценки детских и семейных расстройств. Также требуются исследования, которые определят эффективные способы отграничения проявлений темперамента от клинически значимых эмоциональных симптомов. И наконец, необходимо изучить, какие способы повышения осведомленности о клинически значимых эмоциональных расстройствах у маленьких детей лучше подходят для эффективного привлечения родителей, педиатров и педагогов к раннему выявлению, профилактике и коррекционному

вмешательству.

Выводы

Недавние продвижения в области методов диагностики показали, что маленькие дети могут страдать от серьезных эмоциональных расстройств. Эти расстройства вызывают дистресс и наносят ущерб маленьким детям и их семьям, они имеют схожие проявления с расстройствами у детей старшего возраста. Продвижения привели к совершенствованию методов оценки (а именно, диагностических интервью, систем наблюдения, методик на основе самоотчетов детей, психофизиологических тестов), которые сокращают зависимость сугубо от родительских отчетов и увеличивают валидность и надежность диагностики. Были также предложены методы для совершенствования возрастного соответствия диагностических критериев эмоциональных расстройств. Несмотря на отмечаемый значительный прогресс, требуется больше исследований. Без общего понимания остается проблема определения границы между изменчивостью темперамента в эмоциональной реактивности и эмоциональной психопатологией, а также вопрос о том, как различать эти конструкты. Несмотря на доступность, инструменты скрининга для выявления детей из группы риска используются в недостаточной мере, отчасти это объясняется ограниченной осведомленностью педиатров, родителей и педагогов. Даже когда установлена проблема, родительское участие в лечебных мероприятиях, включая усилия по профилактике, остается на низком уровне.

Рекомендации для родителей, служб и административной политики

Недостаточная информированность о важности выявления и коррекции эмоциональных расстройств у маленьких детей является одной из величайших трудностей, которые возникают при оценивании и выявлении эмоциональных проблем в раннем детстве. Эта проблема проявляется в том, что родители не обнаруживают заинтересованности в проведении лечения,[14] а педиатры и воспитатели редко дают направления к специалисту. По сравнению с проблемами экстернализирующего типа, такими как агрессия, эмоциональные симптомы намного сложнее распознать и оценить, а в силу того, что они менее деструктивны, шанс их заметить становится намного меньше. Однако ясно, что маленькие дети могут испытывать эмоциональные проблемы, которые удручают их и наносят им вред. Данные проблемы требуют детально разработанного подхода при оценке и лечении. Эмоциональные расстройства нарушают важные процессы развития, сокращая

опыт решения сложных ситуаций, которые необходимы для социального развития и обучения. Помня об этом, исследователи продолжают совершенствовать диагностические системы и методы скрининга, чтобы выявлять маленьких детей, нуждающихся в помощи специализированных служб. В то же время, распространение и внедрение обширных систем реализации находятся в стадии разработки.

Литература

1. Freud S. Analysis of a phobia in a five-year-old boy (little Hans). *Revue Francaise de Psychanalyse*. 1928;2, 3.
2. Luby JL, Belden AC, eds. Mood disorders: Phenomenology and a developmental emotion reactivity model. In: Luby JL, ed. *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment*. New York, NY US: Guilford Press; 2006.
3. DelCarmen-Wiggins R, Carter A. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York, NY US: Oxford University Press; 2004.
4. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 03 2006;47(3):313-337.
5. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(6):695-705.
6. Mian ND, Godoy L, Briggs-Gowan MJ, Carter AS. Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: Evidence of early differentiation. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):102-110.
7. Eley TC, Stevenson J. Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 04 1999;27(2):105-114.
8. Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*. 11 2005;114(4):551-556.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. text revision, 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
10. Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 06 2009;48(6):602-609.
11. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, et al. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 08 2010;78(4):498-510.
12. Luby J, Lenze S, Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(3):313-322.
13. Swanson ME, Wall S, Kisker E, Peterson C. Health disparities in low-income families with infants and toddlers: Needs and challenges related to disability. *Journal of Child Health Care*. 2011;15(1):25-38.
14. Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *The American Journal of Psychiatry*. 09 2002;159(9):1548-1555.
15. Bjørknes R, Jakobsen R, Nærde A. Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how? *Children and Youth Services Review*. 2011;33(2):351-357.
16. Godoy L, Carter AS. Identifying and addressing mental health risks and problems in primary care pediatric settings: A model to promote developmental and cultural competence. *American Journal of Orthopsychiatry*. in press.

17. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 2000.

18. Carter AS, Briggs-Gowan MJ. *ITSEA Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*. San Antonio, TX: Psychological Corporation Harcourt Press; 2006.

19. Reynolds CR, Kamphaus RW. *Behavior Assessment System for Children-Second Edition (BASC-2)*. Circle Pines, MN: AGS; 2004.

20. Egger HL, Angold A. The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A Structured Parent Interview for Diagnosing Psychiatric Disorders in Preschool Children. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York, NY US: Oxford University Press; 2004:223-243.

21. Measelle JR, Ablow JC, Cowan PA, Cowan CP. Assessing young children's views of their academic, social, and emotional lives: An evaluation of the self-perception scales of the Berkeley Puppet Interview. *Child Development*. 12 1998;69(6):1556-1576.

22. Dubi K, Schneider S. The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *Journal of Anxiety Disorders*. 12 2009;23(8):1148-1157.

23. Kagan J. Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*. 12 1984;55(6):2212-2225.

24. Kagan J, Snidman N. Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*. 12 1999;46(11):1536-1541.

25. Egger HL, Angold A. Anxiety Disorders. In: Luby JL, ed. *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment*. New York, NY US: Guilford Press; 2006:137-164.

26. Godoy L, Carter AS, Wagmiller RL, et al. *Modeling of internalizing subdomains from ages one to three years. Paper presented at: the annual meeting of the American Psychological Association.* 2008; Boston, MA.

27. Bosquet M, Egeland B. The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*. 03 2006;18(2):517-550.

28. Luby JL, Todd RD, Geller B. Outcome of depressive syndromes: Infancy to adolescence. In: Shulman KI, Tohen M, Kutcher SP, eds. *Mood disorders across the life span*. New York, NY, US: Wiley-Liss; 1996:83-100.

29. Luby JL. Affective Disorders. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York, NY US: Oxford University Press; 2004:337-353.

30. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 05 2003;42(5):561-570.

31. Zero to Three. *DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). Washington, DC US: Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers and Families; 2005.

32. Edwards SL, Rapee RM, Kennedy SJ, Spence SH. The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: The revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2010;39(3):400-409.

33. Fox NA, Pine DS. Temperament and the emergence of anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(2):125-128.

34. Barch DM, Gaffrey MS, Botteron KN, Belden AC, Luby JL. Functional brain activation to emotionally valenced faces in school-aged children with a history of preschool-onset major depression. *Biological Psychiatry*. 2012.

35. Gaffrey MS, Belden AC, Luby JL. The 2-week duration criterion and severity and course of early childhood depression: Implications for nosology. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133(3):537-545.

36. Scheeringa MS. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *The American Journal of Psychiatry*. 2008;165(10):1237-1239.

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей младшего возраста

Александра Де Янг, PhD, Джастин Кенарди, PhD

Национально-исследовательский центр нарушений здоровья и реабилитации, медицинский факультет, Университет Квинсленда, Австралия

марта 2013 г.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – одно из самых серьезных и ослабляющих здоровье расстройств, сопровождающих пережитую травму. Согласно исследованиям, у детей младшего возраста, как и у детей постарше и подростков, обычно проявляются три традиционных симптома ПТСР: повторное переживание события (через ночные кошмары или посредством отыгрывания травматических событий), стремление избежать напоминаний о пережитом событии, а также психологическое перевозбуждение (например, раздражительность, расстройство сна, немотивированное вздрагивание).[1] Однако результаты исследований говорят о том, что признаки ПТСР, указанные в The Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств, 4-ое издание, переработанное),[2] неадекватно отражают специфику появления симптомов у младенцев и детей дошкольного возраста. В Руководстве также дана заниженная статистика относительно количества детей, переживающих посттравматический стресс и последующее ухудшение состояния здоровья.[3] Соответственно, проведение новых исследований стимулирует включение подтипа ПТСР, встречающегося у детей дошкольного возраста, в Руководство по диагностике и статистике в 5-ом издании.[4,5]

Частота, течение и последствия реакций на травму

Результаты исследований маленьких детей, авторы которых приняли адекватные возрасту критерии ПТСР, показали, что в 6.5–29% случаев дети испытывают острую реакцию на стресс в течение первого месяца после дорожно-транспортного происшествия (ДТП)[6] или случаев получения ожоговых травм[7]; в 14.3–25% случаев – в течение двух месяцев после получения различных видов травм (например, ожоги, пулевые ранения, ДТП, травмы во

время занятий спортом или во время игры),[8,9] в 10 % случаев – в течение шести месяцев после ДТП или получения ожоговых травм[6,8] и в 13.2% случаев – в среднем в течение 15 месяцев после получения ожоговых травм.10 Признаки возрастно-специфического ПТСР проявляются в 26-60%[1,3,11] случаев как следствие физического или сексуального насилия. Наше исследование показало, что у детей младшего возраста развивается депрессия, тревожное расстройство, связанное с разлукой, оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) и специфические фобии вследствие получения ожоговых травм,[8] и что данные расстройства в высокой степени являются сопутствующими симптомами ПТСР.

Исследования, проведенные с участием детей всех возрастных категорий, показали, что в отсутствии лечения ПТСР может развиться в хроническую форму, подрывающую здоровье.[8,12,13] Результаты данного исследования вызывают опасения, принимая во внимание тот факт, что нейрофизиологические системы у детей младшего возраста, включая системы модуляции стресса и регуляции эмоций, все еще находятся в процессе стремительного развития.[14] Кроме того, травмы, полученные в детстве, ассоциируются с перманентным структурным[15] и функциональным[16] повреждением мозга, так же, как и с появлением психиатрических расстройств,[17] поведением, связанным с риском для здоровья, и соответствующим состоянием физического здоровья у взрослых.[18] Таким образом, травма, полученная в раннем детстве, может иметь гораздо более серьезные последствия в отношении траектории развития, чем травмы, полученные на более поздних этапах развития.

Роль родителей

Во время работы с детьми очень важно осознавать, что сама травма и реакция ребенка на нее – серьезное испытание для родителей, которое может также стать источником хронического стресса. Результаты исследований показали, что примерно 25% родителей переживают клинически повышенный уровень острого стресса, ПТСР, тревожность, депрессию и стресс в течение первых шести месяцев после случая травмы у ребенка.[19-21] Хотя большинство родителей остаются относительно устойчивыми, и уровень их стресса со временем приходит в клиническую норму, страдания родителей в течение стадии острого стресса способствуют развитию и сохранению травматической симптоматики у пострадавших детей.[19,20,22]

Общепризнано, что качество привязанности детей и родителей друг к другу, душевное здоровье родителей и их действия по воспитанию являются ключевыми факторами, влияющими на восстановление ребенка после пережитой травмы.[14,23,24] Для детей младшего возраста отношения с родителями особенно важны, поскольку дети не обладают достаточными приспособительными возможностями, чтобы регулировать сильные эмоции самостоятельно. Таким образом, они зависят от чувствительного и эмоционально открытого воспитателя, который мог бы помочь им регулировать эмоциональную реакцию в минуты душевного страдания.[14,23] Кроме того, дети младшего возраста особенно полагаются на эмоции родителей с целью понять, как интерпретировать то или иное событие или реагировать на него. В дальнейшем дети могут имитировать реакцию своих родителей на страх и их неадекватные приспособительные реакции.[25] Родители также могут напрямую влиять на контакт ребенка с напоминаниями о пережитой травме (например, позволять избегать обсуждения произошедшего) и таким образом препятствовать адаптации ребенка к восприятию события.[25]

Влияние неблагоприятных психологических реакций на отношения между детьми и родителями, развитие травматических симптомов у ребенка в сочетании с душевными страданиями родителей – важные аргументы, побуждающие уделять больше внимания потребностям родителей с целью снизить уровень их переживаний и стимулировать у них способность поддержать детей в трудную минуту. Адекватные меры, нацеленные на облегчение душевного недомогания ребенка и родителей, а также на улучшение отношений между ними, благотворно скажутся на процессе торможения развития посттравматических реакций у родителей и детей. Однако имеются лишь предварительные данные в поддержку данных видов вмешательства в период обострения, требуется проведение дополнительных исследований по этому вопросу.

Меры профилактики и коррекции на раннем этапе

К сожалению, у большинства детей и их родителей, переживающих психологические трудности после травмы, не диагностируют характерных симптомов, вследствие чего и дети, и родители не получают адекватной поддержки. Принимая во внимание распространенность случаев получения травм, а также учитывая тот факт, что период раннего детства является сензитивным периодом развития мозга, необходимо ввести эффективные меры, способные снизить риск развития хронических посттравматических стрессовых реакций у детей и родителей. Целесообразно принимать подобные меры в

обстановке с повышенным риском возникновения стрессовых реакций, например, в лечебном учреждении. Данное решение позволило бы снизить риск возникновения травматических стрессовых реакций или вовсе предотвратить их с помощью проведения обследования и внедрения программы профилактических мер.[26] Ранняя диагностика выраженных симптомов и принятие соответствующих мер в семьях, находящихся в группе риска, поможет предотвратить возникновение проблем и их укоренения или, по меньшей мере, свести к минимуму влияние этих проблем на ребенка, семью и общество. Однако первостепенная задача состоит в том, чтобы научиться различать категории пациентов, переживающих кратковременное душевное расстройство и тех, кто находится в зоне риска развития хронического ПТСР,[13] не создавая при этом дополнительных перегрузок для заполненных лечебных учреждений. Психометрически выверенных методик обследования для очень маленьких детей не существует, что является существенным недочетом в данной области.

До настоящего времени большинство исследований проводилось скорее на предмет лечения хронического ПТСР, чем на предмет ранней профилактики его симптомов. Как в детской, так и во взрослой литературе нет данных о том, какие категории пациентов нуждаются в проведении мероприятий профилактики на раннем этапе, какую продолжительность и содержание должны иметь данные мероприятия.[27] На сегодняшний момент систематические обзоры свидетельствуют о наибольшей эффективности продолжительной когнитивно-бихевиоральной терапии травмы (КБТ), которая проводится в течение первых трех месяцев после пережитых событий.[27]

Результаты исследований с участием детей говорят о том, что предупредительные меры на основе информации об инциденте в течение двух недель после случаев получения травмы способны снизить симптомы тревожности у детей в 1-ый [28] и 6-ой месяцы после пережитого события.[29] Кроме того, Landolt и соавторы получили положительный отклик на проведение разового сеанса предупредительной терапии, направленной на нейтрализацию симптомов депрессии и поведенческих проблем у группы детей предподросткового возраста (7-11 лет), затронутых дорожно-транспортными происшествиями.[30] Berkowitz с коллегами[31] создали единственную индивидуально-ориентированную программу профилактики (4 сеанса для ребенка с родителем/опекуном, включающие диагностику, обучение психологической самопомощи и адаптационным навыкам) для детей 7-17 лет. Программа показала свою эффективность при снижении проявлений ПТСР и различных посттравматических

симптомов.

Тем не менее, не существует обнародованных исследований эффективности превентивных посттравматических психологических мероприятий для детей младшего возраста (до шести лет). Однако исследования Scheeringa показали, что 12 сеансов когнитивно-бихевиоральной терапии, построенные в соответствии со специальным планом для ПТСР, проведенные с детьми 3-6 лет, переживших разнообразные травмирующие события, показали свою целесообразность и эффективность при снижении существующих посттравматических симптомов стресса.[32]

Немногие исследования рассматривают компонент предупредительной терапии для взрослых с целью профилактики расстройств после получения ребенком травмы. Kenardy и соавторы обнаружили, что обучение психологической самопомощи, предоставленное родителям в течение 72 часов после несчастного случая, показало свою эффективность при снижении посттравматических симптомов у родителей в период 6 месяцев после случившегося.[28] Melnyk и соавторы[33] рассматривали эффективность программы профилактики у родителей детей 2-7 лет, находящихся под пристальным наблюдением педиатров. Исследователи обнаружили, что у родителей в группе профилактики заметно снизился уровень стресса, депрессии и симптомов ПТСР, а их дети после выписки испытывали меньше поведенческих проблем интернализующего и экстернализующего типа.

Перед тем, как давать научно обоснованные рекомендации по проведению профилактических мероприятий ПТСР у детей младшего возраста, требуется проведение соответствующих исследований. Однако Landolt и соавторы, основываясь на результатах недавно проведенного мета-анализа, утверждают, что ранние профилактические меры помогают выявить детей, находящихся в зоне риска. Данные мероприятия включают несколько сеансов обучения психологической самопомощи, индивидуальным адаптационным навыкам, вовлечение в процесс родителей и ознакомление с различными формами травматических явлений.[34]

Рекомендации для родителей, служб и административной политики

На данный момент явлению посттравматического стресса у детей младшего возраста уделяется недостаточно внимания. Сотрудникам лечебных учреждений следует более

пристально наблюдать за детьми с целью выявления признаков посттравматического стресса. Возможно, для этого потребуется проведение подготовки и переподготовки персонала. Массовое стандартизованное обследование является идеальным вариантом, однако проведение диагностики групп детей, находящихся в зоне риска, может оказаться более экономичным. Помимо того, любая программа обследования должна быть интегрирована с клинической структурой, предоставляющей возможности для получения соответствующей помощи. Дистресс у родителей – это значительный фактор влияния на посттравматические реакции у детей. Однако в лечебных учреждениях данному критерию уделяется недостаточно внимания. Причиной тому может быть тот факт, что дистресс родителей на фоне получения травмы ребенком может не достигать уровня клинического диагноза, или же то, что больше внимания принято уделять потребностям ребенка, нежели семье в целом.[22] Сотрудникам служб следует уделять больше внимания тому, что последствия травмы могут оказать более серьезное влияние на семейную систему в целом.

Литература

1. Scheeringa, M., et al., New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. 42(5): p. 561-570.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th edition, Text Revision).* 2000, Washington, DC: Author.
3. Scheeringa, M.S., et al., Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. 34(2): p. 191-200.
4. Scheeringa, M.S., C.H. Zeanah, and J.A. Cohen, PTSD in Children and Adolescents: Toward an Empirically Based Algorithm. *Depression and Anxiety*, 2011. 28(9): p. 770-782.
5. De Young, A.C., J.A. Kenardy, and V.E. Cobham, Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2011. 40(3): p. 375-384.
6. Meiser-Stedman, R., et al., The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 2008. 165(10): p. 1326-1337.
7. Stoddard, F.J., et al., Acute stress symptoms in young children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. 45(1): p. 87-93.
8. De Young, A.C., et al., Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012. 53(1): p. 56-63.
9. Scheeringa, M.S., et al., Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 644-651.
10. Graf, A., C. Schiestl, and M.A. Landolt, Posttraumatic Stress and Behavior Problems in Infants and Toddlers With Burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 2011. 36(8): p. 923-931.
11. Levendosky, A.A., et al., Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002. 17(2): p. 150-164.

12. Scheeringa, M.S., et al., Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. 44(9): p. 899-906.
13. Le Brocque, R.M., J. Hendrikz, and J.A. Kenardy, The Course of Posttraumatic Stress in Children: Examination of Recovery Trajectories Following Traumatic Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 637-645.
14. Carpenter, G.L. and A.M. Stacks, Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 2009. 31(8): p. 831-839.
15. Carrion, V.G., C.F. Weems, and A.L. Reiss, Stress predicts brain changes in children: A pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*, 2007. 119(3): p. 509-516.
16. Perry, B.D., et al., Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and ''use-dependent'' development of the brain: How ''states'' become ''traits''. *Infant Mental Health Journal*, 1995. 16(4): p. 271-291.
17. Green, J.G., et al., Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I Associations With First Onset of DSM-IV Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2010. 67(2): p. 113-123.
18. Felitti, V.J., et al., Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults - The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998. 14(4): p. 245-258.
19. De Young, A.C., Psychological impact of burn injury on young children and their parents: Implications for diagnosis, assessment and treatment (Unpublished Doctoral dissertation), 2011, School of Psychology, University of Queensland: Brisbane.
20. Landolt, M.A., et al., The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012. 53(7): p. 767-774.
21. Hall, E., et al., Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006. 31(4): p. 403-412.
22. Le Brocque, R.M., J. Hendrikz, and J.A. Kenardy, Parental response to child injury: Examination of parental posttraumatic stress symptom trajectories following child accidental injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 646-655.
23. Lieberman, A.F., Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 2004. 25(4): p. 336-351.
24. Scheeringa, M.S. and C.H. Zeanah, A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 2001. 14(4): p. 799-815.
25. Nugent, N.R., et al., Parental posttraumatic stress symptoms as a moderator of child's acute biological response and subsequent posttraumatic stress symptoms in pediatric injury patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007. 32(3): p. 309-318.
26. Kazak, A.E., et al., An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006. 31(4): p. 343-355.
27. Roberts, N.P., et al., Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 2009. 166(3): p. 293-301.
28. Kenardy, J., et al., Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2008. 17(5): p. 316-325.
29. Cox, C.M., J.A. Kenardy, and J.K. Hendrikz, A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Early Intervention for Children and their Parents Following Unintentional Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 581-592.
30. Zehnder, D., M. Meuli, and M.A. Landolt, Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2010. 4: p. 7.

31. Berkowitz, S.J., C.S. Stover, and S.R. Marans, The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011. 52(6): p. 676-685.

32. Scheeringa, M.S., et al., Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011. 52(8): p. 853-860.

33. Melnyk, B.M., et al., Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 2004. 113(6): p. E597-E607.

34. Kramer, D.N. and M.A. Landolt, Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 2011. 2.

Детско-родительские взаимоотношения в раннем детстве и развитие тревожности и депрессии

Дженнифер Л. Хадсон, PhD

Центр Эмоционального Здоровья, факультет психологии, Университет Маккуори, Австралия

марта 2013 г.

Введение

Родители играют важнейшую роль в формировании эмоционального благополучия ребенка, особенно в раннем детстве.[1] Для лучшего понимания того, как взаимоотношения между родителями и ребенком влияют на развитие тревожности и депрессии у ребенка, исследования были сосредоточены на трех главных аспектах: 1) степень чрезмерной опеки и/или критики со стороны родителей, 2) родительские примеры тревожности 3) надежность детской привязанности к близким взрослым.

Предмет

Одним из ключевых факторов, участвующих в поддержании тревожных расстройств, является степень, до которой ребенок избегает пугающих ситуаций. Формы поведения родителей, в частности, гиперопека, посредством которых смягчаются и укрепляются стратегии избегания, способны оказать влияние на поддержание и развитие тревожных расстройств.[2] Гиперопека или излишнее вмешательство со стороны родителей могут привести к уменьшению возможностей у ребенка столкнуться с новыми и потенциально пугающими ситуациями. Теоретически предполагается, что из-за сокращения таких возможностей ребенок в меньшей степени способен привыкнуть к вероятной угрозе в таких ситуациях, научиться точно определять угрозу в новых ситуациях, а также понять, что он может справиться с трудными ситуациями. Еще одним стилем воспитания, внимание которому уделяется в связи с развитием проблем эмоционального здоровья, является «критическое воспитание». Критическое воспитание стабильно ассоциируется с депрессией и в меньшей степени с тревожностью.[3-5] Существует гипотеза, что, критикуя своих детей и не придавая большого значения их чувствам, родители подрывают эмоциональную регуляцию ребенка и повышают его склонность к переживанию проблем

эмоционального здоровья, таких как тревожность и депрессия.

Родительские примеры поведения, связанные со страхом и стратегией избегания также способны повысить риск развития у ребенка эмоциональных проблем в дальнейшем.[6] Своими действиями тревожный родитель может подавать пример тревожного поведения или сообщать ребенку об угрозе и необходимости ее избегать, тем самым увеличивая риск появления у ребенка тревожных расстройств. Предполагается, что влияние тревожного родителя, а также гиперопеки или критического настроя с его стороны, может усугубиться в случае, если ребенок обладает соответствующим «заторможенным» темпераментом.[2]

Наконец, ненадежная привязанность ребенка к родителям также считается фактором риска развития тревожных расстройств.[7] Привязанность определяется как интимная эмоциональная связь, которая формируется между ребенком и взрослым; при этом были выявлены различные формы привязанности.[8] В отличие от надежной привязанности, при ненадежной привязанности поведение близкого взрослого представляется ребенку непредсказуемым, или ребенок не испытывает спокойствия и уверенности во взаимоотношениях. Ученые, изучающие привязанность, полагают, что ненадежная привязанность возникает, когда взрослый не проявляет ответных чувств и остается равнодушным к потребностям ребенка. Именно ненадежная привязанность ассоциируется с возникновением тревожности и депрессии.[7,9-11] Было выдвинуто предположение, что дети с ненадежной привязанностью не способны развить необходимые навыки эмоциональной регуляции или позитивное самоощущение.

Проблематика

Значительная проблема, возникающая в данной области исследований, заключается в точной диагностике взаимоотношений между родителями и ребенком. Проведенные ранее исследования гиперопеки и критического воспитания были основаны на ретроспективных отчетах взрослых, испытывавших тревожность и депрессию, что потенциально является источником искажений данных.[12] В последнее время исследователи начали использовать методы наблюдения для оценки гиперопеки и негативных форм поведения со стороны родителей.[13] Однако методы наблюдения также связаны с рядом проблем, так как родители могут вести себя более позитивно, находясь под наблюдением в научно-исследовательской лаборатории или дома.

Научный контекст

Большинство исследований, посвященных взаимосвязи между формами воспитания в семье и эмоциональными расстройствами, являются срезовыми, что ограничивает их возможности в проверке причинно-следственных связей. Недавно появилось несколько лонгитюдных, а также экспериментальных исследований, что позволило усовершенствовать оценку причин воздействия форм воспитания на эмоциональное здоровье. Большинство этих исследований сосредоточено на детях школьного возраста, и лишь немногие из них занимаются изучением взаимодействия родителей с детьми младшего возраста.

Ключевые вопросы

- Какие формы воспитания ассоциируются с возникновением тревожности и депрессии у детей в раннем возрасте?
- Существует ли причинная связь между формами воспитания, тревожностью и депрессией в раннем возрасте?
- Оказывают ли формы воспитания в семье большее воздействие на детей, имеющих темперамент подавленного типа? Другими словами, увеличивают ли такие формы воспитания риск возникновения проблем эмоционального здоровья у всех детей или только у детей, уже предрасположенных к тревожности (например, у заторможенных детей)?

Результаты последних исследований

Лонгитюдные исследования, проведенные в последнее время, показали, что гиперопека со стороны родителей в раннем возрасте связана с последующих развитием тревожных расстройств.[14] Например, Hudson & Dodd15 наблюдали за группой детей с замкнутым и заторможенным поведением и группой детей без подобного рода проблем, начиная с четырехлетнего возраста. Исследование выявило, что тревожность у детей в возрасте 9 лет оказалась следствием наличия у них тревожности и замкнутости в возрасте 4 лет, а также тревожности матерей и их гиперопеки: повышенная тревожность матери и излишнее вмешательство с ее стороны повлияли на повышение уровня тревожности у ребенка. Такой же вывод был сделан в ряде других исследований. Однако в данном исследовании не было выявлено влияния надежности привязанности ребенка и негативных форм поведения матери на формирование тревожности в дальнейшем. И хотя эти результаты говорят в

пользу взаимосвязи воспитания и дальнейших психопатологических проявлений, влияние перечисленных факторов достаточно невелико. В подтверждение этому мета-анализ показал, что в среднем воспитание объясняет лишь 4% изменчивости тревожности у детей школьного возраста и 8% изменчивости депрессии.[5]

Хотя в теоретических моделях предполагается, что риск возникновения тревожных расстройств увеличивается в случае взаимодействия форм воспитания и темперамента ребенка, такая гипотеза не находит широкого подтверждения. Напротив, результаты последних исследований показывают, что на самом деле это влияние носит аддитивный характер, то есть, форма воспитания может увеличивать риск формирования тревожности у всех детей, а не только у обладающих заторможенным темпераментом.[15] В противовес данным исследованиям Rubin с коллегами[16] выяснили, что навязчивость и насмешливые комментарии матерей способствуют ослаблению связи между заторможенным темпераментом ребенка и социальной сдержанностью в дошкольных учреждениях.

Что касается примеров, подаваемых родителями, то ряд исследований показал, что тревожность родителей может передаваться ребенку посредством демонстрации определенного поведения или вербальных сообщений о наличии угрозы и необходимости ее избежать.[17,18] В рамках одного экспериментального исследования у маленьких детей наблюдались повышенная боязливость и избегание незнакомца после того, как они становились свидетелями социально-тревожного взаимодействия матери с этим человеком.[19] В данном исследовании подобное влияние оказалось сильнее для детей с темпераментом заторможенного типа.

Неисследованные области

На сегодняшний день большинство исследований сосредоточены исключительно на матерях. Сведения о роли отца в процессе развития тревожности и депрессии в раннем детстве довольно ограничены. В действительности отцы могут играть уникальную роль в предотвращении развития проблем эмоционального здоровья путем поощрения рискованных действий и вовлечения детей в игру-возню. Таким образом, для изучения роли отцов требуются дальнейшие исследования.

Несмотря на появление нескольких лонгитюдных исследований, необходимо провести дальнейшую работу, чтобы оценить причинную роль перечисленных форм воспитания в

развитии проблем эмоционального здоровья, а также возможное взаимодействие между темпераментом и воспитанием. Одна из трудностей, возникающих при проведении исследований передачи тревожности от родителей к ребенку, заключается в изучении влияния формы воспитания или родительского поведенческого примера независимо от воздействия общих генов.

Выводы

Формы родительского воспитания имеют сравнительно небольшое, но существенное влияние на развитие тревожности и депрессии у детей в раннем возрасте. Наиболее убедительное доказательство этой взаимосвязи было получено в ходе исследований, направленных на изучение гиперопеки со стороны матери и детской тревожности. Исследования выявили четкую связь между материнской гиперопекой и тревожными расстройствами у детей в раннем возрасте. Начали появляться доказательства их причинно-следственной взаимосвязи, однако чтобы лучше разобраться в ее тонкостях и, в частности, ее двунаправленности, требуются дальнейшие исследования в данной области. Теории предполагают, что определенные формы воспитания оказывают большее влияние на ребенка с темпераментом заторможенного типа, но их фактические доказательства остаются неубедительными.

Другие исследования показали, что родители могут оказывать влияние на своих детей посредством подачи примеров тревожности. В ряде экспериментальных исследований на эмпирическом материале было показано, что степень тревожности, с которой родитель ведет себя, демонстрируя страх и избегающее поведение или сообщая ребенку об угрозе, влияет на дальнейшее поведение ребенка и его эмоции. Необходимо провести лонгитюдные исследования, касающиеся влияния примеров родительского поведения независимо от воздействия общих генов.

Надежность привязанности ребенка к родителям связана с психопатологическими проявлениями в будущем. Учитывая сочетание с другими факторами (например, с темпераментом ребенка или иными формами родительского поведения), степень, в которой привязанность сама по себе позволяет предсказывать последствия для ребенка, является неопределенной.

Рекомендации для родителей, служб и административной политики

Понимание того, какие формы воспитания повышают риск возникновения у ребенка в дальнейшем проблем эмоционального здоровья, имеет непосредственное значение для раннего вмешательства. Результаты, полученные на сегодняшний день, позволяют предположить, что сокращение гиперопеки и тревожности со стороны родителей (и, следовательно, поведенческих примеров тревожности, а также вербальных сообщений об угрозе и необходимости ее избегать) будет иметь большое значение в предотвращении развития проблем эмоционального здоровья. Согласно теоретическим моделям, родителей детей с заторможенным темпераментом следует обучать специальным стратегиям воспитания, однако на сегодняшний день еще недостаточно данных, подтверждающих такой подход, поэтому разумно считать, что всех родителей стоит учить применению стратегий, поддерживающих детскую самостоятельность (а не стратегий, типичных при гиперопеке). Тем не менее, остается еще один аргумент в пользу специального внимания к родителям детей группы риска. Поскольку до сих пор считалось, что риск имеет аддитивный (а не мультипликативный) характер, родительская гиперопека повышает изначально высокий риск возникновения тревожных расстройств у ребенка с темпераментом заторможенного типа. При отсутствии такого типа темперамента у ребенка повышение риска за счет чрезмерного родительского вмешательства может быть несущественным. Таким образом, ориентирование коррекционных программ на родителей детей дошкольного возраста с темпераментом заторможенного типа может оказаться более выгодным подходом.

Литература

1. Gar NS, Hudson JL, Rapee RM. *Family Factors and the Development of Anxiety Disorders. Psychopathology and the family* . New York, NY: Elsevier Science; US; 2005:125-145.
2. Hudson JL, Rapee RM. From Temperament to Disorder: An Etiological Model of Generalized Anxiety Disorder. In: Heimberg RG, Turk CC, Menin DS, eds. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. New York: Guildford Press; 2004.
3. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang W-C, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Jan 2003;44(1):134-151.
4. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* Vol 27(2) Mar 2007, 155-172; 2007.
5. McLeod BD, Weisz JR, Wood JJ. Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. Dec 2007;27(8):986-1003.
6. Rapee R. Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012/03/01 2012;15(1):69-80.
7. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe L. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. May 1997;36(5):637-644.

8. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
9. Shamir-Essakow G, Ungerer JA, Rapee RM. Attachment, Behavioral Inhibition, and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2005;33(2):131-143.
10. Bogels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*. Nov 2006;26(7):834-856.
11. Muris P, Mayer B, Meesters C. Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior & Personality*. 2000;28(2):157-162.
12. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(1):47-67.
13. Hudson JL, Rapee RM. Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*. Dec 2001;39(12):1411-1427.
14. Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S. Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(3):313-321.
15. Hudson JL, Dodd HF. Informing Early Intervention: Preschool Predictors of Anxiety Disorders in Middle Childhood. *PLoS ONE*. 2012;7(8):e42359.
16. Rubin KH, Burgess KB, Hastings PD. Stability and Social-Behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development*, 2002; 73 (2): 483-495.
17. Field A, Lawson J. Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behaviour Research and Therapy*. Nov 2003;41(11):1277-1293.
18. Gerull FC, Rapee RM. Mother knows best: The effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research & Therapy*. Mar 2002;40(3):279-287.
19. de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N, Murray L. Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(8):1165-1175.

Темперамент в раннем детстве и развитие тревожности и депрессии

Натан А. Фокс, PhD, Тахл И. Френкель, магистр

Университет Мэриленда, США

марта 2013 г.

Введение

Тревожные расстройства, в общем, и социальное тревожное расстройство (социофобия, SAD), в частности, являются причиной весьма серьезных страданий и увеличивают риск долгосрочных неблагоприятных последствий. Большая часть тревожных неврозов у взрослых начинается в детстве или в подростковом возрасте с чрезвычайно устойчивым уровнем от 5 до 10 процентов; а уровень социофобии варьируется от 1,6% до 8,5%.[2-4] Как показывают лонгитюдные исследования, темпераментальная черта поведенческого торможения проявляется как наиболее вероятный предиктор риска развития тревожности позднее.[5-6]

Задачей этой главы является исследовать в общих чертах взаимосвязь между таким темпераментом и возникновением тревожных расстройств. Мы рассмотрим исследования двух когнитивных процессов – внимания и управляющих процессов, которые содействуют возникновению тревожных расстройств среди детей с заторможенным поведением. И наконец, в соответствии с последними данными, свидетельствующими о том, что заторможенность в поведении может представлять собой не только специфическую предрасположенность темперамента к тревожности, но и более общий фактор риска возникновения расстройств интернализующего типа,[7] мы сделаем обзор существующей (все еще ограниченной) литературы, связывающей ранний темперамент с последующим развитием депрессии.

Предмет

Заторможенность поведения (behavioral inhibition) – это разновидность темперамента, которую можно выявить в младенчестве и раннем детстве. Младенцы с таким темпераментом проявляют повышенную раздражимость и двигательную реактивность на непривычные стимулы. В младшем дошкольном возрасте они избегают социальных

контактов и склонны устраняться в непривычных ситуациях, связанных с общением, что делает их менее уверенными в себе5,6 и более подверженными неприятию со стороны сверстников,[8,9] с чем связано негативное самовосприятие.[10] В целом, у заторможенных детей меньше друзей,[11] они чаще выказывают повышенную тревожность и ощущают одиночество.[12]

Исследования риска развития тревожности заостряют внимание на рано проявляющихся свойствах темперамента, особенно на поведенческой заторможенности.[10,13,14] Например, Schwartz и соавторы6 обнаружили, что 61% тринадцатилетних детей, у которых в возрасте двух лет были замечены признаки поведенческой заторможенности, демонстрировали четкие признаки тревожности во время социального взаимодействия, по сравнению с только 27% среди тех, кто не проявлял заторможенности. Подобным образом, Chronis-Tuscano и соавторы[15] обнаружили увеличенную в четыре раза вероятность пожизненного диагноза расстройства социальной тревожности среди подростков с систематически высоким уровнем поведенческой заторможенности в возрасте от 1 до 7 лет. Данные обоих исследований предполагают, что ранний темперамент ограничивает, но не предопределяет последствия. Только примерно у половины заторможенных детей существует выраженный риск, и тревожность имеет тенденцию то нарастать, то убывать со временем.[16]

Мы утверждаем, что темперамент в детстве формирует то, каким образом человек воспринимает свое окружение, что обоюдным образом влияет на социальное взаимодействие и на возможные социальные последствия и показатели душевного здоровья.[17] Эта динамика особенно очевидна в раннем подростковом возрасте, во время которого появление группы сверстников, имеющей более существенное влияние на развитие, совпадает с резким ростом психопатологии16, в частности социофобиию.[6,15,18] Темперамент также формирует жизненно важные когнитивные процессы, такие как внимание и определенные управляющие процессы, которые закладывают основание того, как дети воспринимают и реагируют на социальные стимулы в окружающей среде.

Проблематика

Открытыми остаются вопросы, касающиеся функциональных и структурных отношений между темпераментом и тревожностью.[19] В нескольких обзорах[10,17,20,21] было отмечено разнообразие поведенческих и физиологических совпадений, а также их различий, которое демонстрировали как участники групп с заторможенным темпераментом, так и тревожные

индивидуумы. Если тревожность и заторможенный темперамент рассматривать как два различных конструкта, то темперамент либо подвергает ребенка риску развития тревожности, либо оказывает влияние на постоянство или тяжесть тревожных расстройств, как только они появляются.[10] С другой стороны, эти термины могут просто относиться к разным аспектам одного и того же конструкта, а различия между ними тогда оказываются навязаны мнениями в данной области.[21]

Научный контекст

В научной литературе высказано предположение, что отклонения как в «восходящих»[a] механизмах внимания, так и в «нисходящих»[a] процессах управляющего контроля могут играть ключевую роль в этиологии и поддержании тревожности.[22] Эти нарушения распространяются как на эмоционально заряженные, так и на эмоционально нейтральные стимулы, что отражает приоритетное отношение к определенным категориям стимулов (то есть ошибочное отношение к раздражителям) наравне с повышенной настороженностью к своей собственной активности и поведению (то есть когнитивный мониторинг).

Тревожные дети[23-25] и взрослые[26-27] проявляют искажения внимания (attention bias) по отношению к угрожающим стимулам. Предыдущая работа показала,[28,29] что у подростков с клинически выраженной тревожностью проявлялись нарушения реакции миндалины[b] и вентролатеральной префронтальной коры[c] (vlPFC) на угрозу при выполнении заданий на искажения внимания. Искажения внимания, как таковые, представляют собой автоматические «восходящие» механизмы, которые формируют когнитивную деятельность и поведение. Исследование также подразумевает нейронную сеть в префронтальной коре, при помощи которой задействуется внимание, чтобы внимательно следить за деятельностью, учитывать обратную связь, так как человек затем применяет более специализированные механизмы управляющего контроля для коррекции последующего поведения.[30-32] Нарушения этой схемы, связанные с тревожностью, очевидны как у детей,[33] так и у взрослых.[34] Визуальные исследования вовлекали в этот процесс переднюю часть поясной извилины коры головного мозга[d] (ACC), так как она проявляет гиперактивность у тревожных людей во время выполнения заданий, требующих когнитивного контроля или «нисходящего» контроля.[35]

Ключевые вопросы

Среди развивающихся типичным образом детей, примерно 15-20% европеоидных детей в США проявляют поведенчески заторможенный темперамент в раннем детстве.

Лонгитюдные исследования показали, что примерно у половины этих поведенчески заторможенных детей продолжают развиваться тревожные расстройства в подростковом и взрослом возрасте. Ключевым исследовательским вопросом с точки зрения раннего вмешательства является определение факторов, которые со временем приводят к этим разным траекториям. То есть, какие факторы (либо в окружающих взрослых, либо в самом ребенке) защищают от тревожности или увеличивают риск ее развития.

Результаты последних исследований

Искажения внимания по отношению к угрозе

Результаты недавних исследований предполагают, что поведенческая заторможенность характеризуется нарушением контроля внимания.[36,37] В двух недавних лонгитюдных исследованиях[18,38] была рассмотрена связь между поведенческой заторможенностью в детстве, искажениями внимания к угрожающим стимулам и склонностью к уходу от социальных контактов. Pérez-Edgar и соавторы[18] обнаружили, что подростки, которые были поведенчески заторможены в детстве, проявляли искажение внимания по отношению к потенциальной угрозе. В дополнение к этому, искажение внимания к угрозе опосредовало статистическую связь между поведенческой заторможенностью в детстве и склонностью к уходу от социальных контактов в подростковом возрасте. В ходе отдельного исследования Pérez-Edgar и соавторы[38] обнаружили, что поведенческая заторможенность в возрасте, когда ребенок начинает ходить, позволяет предсказывать высокий уровень стремления к уходу от социальных контактов в раннем детстве. И снова, эта связь была статистически опосредована искажением внимания к угрозе таким образом, что зависимость между поведенческой заторможенностью и склонностью к уходу от социальных контактов была заметна только у детей, которые проявляли искажения внимания по отношению к угрозе. Эти данные обеспечивают поддержку точки зрения, рассматривающей искажения внимания к угрозе как важное посредническое звено в поведенческой заторможенности и последующем возникновении клинической тревожности.

Управляющие процессы: тормозящий контроль и когнитивный мониторинг

Тормозящий контроль характеризует способность сдерживать и подавлять доминантные реакции и формы поведения в пользу более подходящих или субдоминантных реакций и поведения39. Когнитивный мониторинг представляет способность обращать внимание на

свою собственную деятельность, замечать ошибки и корректировать поведение на основе получения обратной связи. Считается, что эти управляющие процессы играют роль в регуляции негативных эмоций и в таком свойстве темперамента, как реактивность.[40-42]

В нескольких исследованиях было показано, что тормозящий контроль опосредовал возможность предсказывать возникновение форм поведения повышенной тревожности на основе измерения темпераментальных проявлений поведенческой заторможенности. Было обнаружено, что дети с высоким уровнем тормозящего контроля более социально тревожные,[43] менее социально компетентные и более социально замкнутые,[44] чем поведенчески заторможенные дети с низким уровнем тормозящего контроля. Подобным образом White и соавторы[45] обнаружили, что высокий уровень тормозящего контроля увеличивал риск тревожных расстройств среди сильно поведенчески заторможенных детей.

В независимых исследованиях было обнаружено, что усиленный когнитивный мониторинг ассоциировался с повышенной тревожностью как у взрослых,[46,47] так и у детей.[48] McDermott и соавторы49 обнаружили, что уровень когнитивного мониторинга был выше у подростков с сильной детской поведенческой заторможенностью по сравнению с подростками с низким уровнем поведенческой заторможенности. Более того, усиленный мониторинг становился посредником между ранней поведенческой заторможенностью и тревожными расстройствами позже.[49] Таким образом, подобно искажениям внимания к угрожающим стимулам, управляющие процессы тормозящего контроля и когнитивного мониторинга выступают посредническом звеном для детского темперамента, склонного к повышенному риску тревожности.

Неисследованные области

Возрастные изменения появляются в результате взаимодействия между врожденными характеристиками ребенка и контекстом окружающей среды, делая ребенка как создателем, так и продуктом окружающей обстановки.[50] Поведенческая заторможенность может побуждать ребенка пойти в одном из ряда направлений, и ожидаемый исход может быть результатом множества провоцирующих путей.[10] В исследовании, таким образом, необходимо объяснить действие ряда опосредующих факторов, которые могут начать действовать в различные моменты во время развития. Пока очень мало исследований, анализирующих прерывистую природу поведенческой заторможенности и возможные

вмешивающиеся защитные факторы, которые могут способствовать прерывистости траектории поведенческой заторможенности и дальнейшему предотвращению психопатологии. Прерывистость этих моделей поведения предоставляет хорошую возможность выявления факторов, которые потенциально могут применяться в профилактических мероприятиях.

Кроме того, связь между поведенческой заторможенностью и депрессией значительно меньше изучена. Принимая во внимание отношения между поведенческой заторможенностью и депрессией, важно отметить, что люди, страдающие тревожными расстройствами, имеют повышенный риск развития депрессии по сравнению с нетревожными людьми,[51] и данные показывают, что во многих случаях наличие того или иного тревожного расстройства предшествует развитию глубокой депрессии.[52] Учитывая данное временное соотношение между тревожностью и депрессией, важно понимать, что взаимосвязь между поведенческой заторможенностью и депрессией может в сильной степени зависеть от наличия тревожности. Известно, что в ходе одного исследования обнаружили, что социальная тревожность была обязательным промежуточным звеном между поведенческой заторможенностью и депрессией.[53] Подобным образом, другие исследования,[54] обнаруживающие взаимосвязь между поведенческой заторможенностью, тревожностью и депрессией, использовали моделирование структурными уравнениями, которые показали, что путь, при котором поведенческая заторможенность приводит к тревожности, которая в свою очередь приводит к депрессии, обеспечил самое точное совпадение с данными.

Специфика социальных и несоциальных компонентов поведенческой заторможенности в детстве и их взаимосвязь с симптомами ангедонической депрессии, социальной тревожности и тревожного возбуждения у молодых людей в настоящем изучались с помощью само-отчетов в дополнительных исследованиях. Полученные результаты были сопоставлены с данными исследований, показывающих, что несоциальная поведенческая заторможенность («боязливость»), но не социальная поведенческая заторможенность, увеличивала риск будущей депрессии;[55] и с другими исследованиями, показывающими, что симптомы депрессии были более тесно связаны с социальным, чем с несоциальным поведенческим расстройством в детстве.[56]

Интересно, что Sportel[57] с коллегами исследовали прямое (аддитивное) и опосредованное (интерактивное) влияние поведенческой заторможенности и контроля внимания на

различные измерения интернализации на выборке подростков из группы нормы. Полученные результаты показали более сильную связь поведенческой заторможенности, по сравнению с контролем внимания, с симптомами тревожности и более сильную связь контроля внимания, по сравнению с поведенческой заторможенностью, с симптомами депрессии. Более того, в то время как поведенческая заторможенность ассоциировалась как с тревожностью, так и с депрессией, контроль внимания опосредовал эту зависимость, таким образом, снижая влияние сильной поведенческой заторможенности на проявления обоих измерений интернализации.

Наконец, рассматривая темперамент как фактор уязвимости для депрессии, важно отметить, что в дополнение к поведенческой заторможенности некоторые теоретики разработали модели темперамента, которые связывают дополнительные стили темперамента, а именно Позитивная Эмоция (ПЭ) и Негативная Эмоция (НЭ), с депрессией.[58] Многие срезовые исследования позволили получить данные, согласно которым молодежь и взрослые с диагностированными симптомами депрессии проявляют сниженный уровень ПЭ и повышенный уровень НЭ,[59,60,61] и их сочетание ассоциировалось с совпадающими депрессивными симптомами в выборках клинических групп[62,63] и групп людей, обследованных массово по месту жительства.[61,64,65] Более того, лонгитюдные исследования показали, что более низкий уровень ПЭ[60,66,67] и более высокий уровень НЭ в детстве[68-70] предвещает развитие симптомов депрессии и расстройств. Например, низкий уровень ПЭ у дошкольников предвещал высокий уровень когнитивного стиля депрессогенного типа в возрасте 7 лет и симптомы депрессии в возрасте 10 лет.[71,72]

Выводы

Поведенческая заторможенность является фактором риска для развития расстройств интернализующего типа, хотя исследования позволяют предположить, что не у всех детей с таким темпераментом развивается расстройство. Современные исследования сосредоточены на описании сложного взаимодействия темперамента с потенциальными опосредующими факторами, которые могут изменить траектории темперамента. Исследования, посвященные эндогенным факторам, предполагают, что как внимание, так и управляющие процессы являются важными регуляторами развития поведенческой заторможенности в направлении тревожности или психологической устойчивости к таким расстройствам. Хотя об этом не упоминается в настоящем обзоре, существует большое количество работ о роли экзогенных факторов в регулировании темперамента

поведенческой заторможенности.[16,73]

Рекомендации для родителей, служб и административной политики

Выявление маленьких детей, которые находятся в группе риска развития тревожных расстройств, и внедрение превентивных (профилактических) мероприятий для снижения риска являются важными результатами исследований поведенческой заторможенности. Благодаря послушному и «удобному» характеру поведенчески заторможенных детей, учителя и родители не всегда могут распознать таких детей в раннем детстве и в начальной школе. Поскольку лишь у некоторых детей с заторможенным типом поведения в дальнейшем развиваются тревожные расстройства, важно определить как эндогенные, так и экзогенные факторы, которые опосредуют связь темперамента и психопатологии. Предварительные исследования способствуют оптимистическому взгляду на стратегии профилактики и легкодоступные образовательные программы для родителей и близких взрослых поведенчески заторможенных дошкольников.[74] Такие программы нацелены на обучение взрослых тому, что касается природы темперамента и замкнутости, и тому, как применять методики, при помощи которых они могут помогать поведенчески заторможенным детям развивать способность управлять реакциями на новые ситуации, таким образом, способствуя развитию социальных навыков и уменьшая со временем заторможенное и тревожное поведение. Наконец, инновационные подходы, включающие тренировку внимания и управляющих процессов, могут существенно снизить вызванную тревогой замкнутость у людей, относящихся к группе риска по своему темпераменту.

Литература

1. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*. Jan 1998;55(1):56-64.
2. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*. Sep 1999;37(9):831-843.
3. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Nov 1993;32(6):1127-1134.
4. McGee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Jul 1990;29(4):611-619.
5. Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB. Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Dec 1998;37(12):1308-1316.
6. Schwartz CE, Snidman N, Kagan J. Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Aug 1999;38(8):1008-1015.

7. Schofield CA, Coles ME, Gibb BE. Retrospective reports of behavioral inhibition and young adults' current symptoms of social anxiety, depression, and anxious arousal. *Journal of Anxiety Disorders*. Oct 2009;23(7):884-890.
8. Kagan J. Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in childhood. In: Hoffman SG, Dibartolo, P.M., ed. *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 2001:216-234.
9. Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Apr 2000;39(4):461-468.
10. Perez-Edgar K, Fox NA. Temperament and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Oct 2005;14(4):681-706, viii.
11. Garcia C, Kagan J, Resnick JS. Behavioral inhibition in young children. *Child Development*. 1984;55(3):1005-1019.
12. Wichmann C, Coplan R, Daniels T. The social cognitions of socially withdrawn children. *Social Development*. 2004(13):377-392.
13. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, et al. Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*. Oct 2001;158(10):1673-1679.
14. Hirshfeld DR, Rosenbaum JF, Biederman J, et al. Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Jan 1992;31(1):103-111.
15. Chronis-Tuscano A, Degnan KA, Pine DS, et al. Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Sep 2009;48(9):928-935.
16. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*. 2005;56:235-262.
17. Lonigan CJ, Vasey MW, Phillips BM, Hazen RA. Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Mar 2004;33(1):8-20.
18. Perez-Edgar K, Bar-Haim Y, McDermott JM, Chronis-Tuscano A, Pine DS, Fox NA. Attention biases to threat and behavioral inhibition in early childhood shape adolescent social withdrawal. *Emotion*. Jun 2010;10(3):349-357.
19. Rapee RM, Coplan RJ. Conceptual Relations Between Anxiety Disorder and Fearful Temperament. *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives*. 2010;127:17-31.
20. Degnan KA, Fox NA. Behavioral inhibition and anxiety disorders: multiple levels of a resilience process. *Developmental Psychopathology*. Summer 2007;19(3):729-746.
21. Lahey BB. Commentary: role of temperament in developmental models of psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Mar 2004;33(1):88-93.
22. Bar-Haim Y, Lamy D, Pergamin L, Bakermans-Kranenburg MJ, Van-IJzendoorn MH. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*. Jan 2007;133(1):1-24.
23. Roy AK, Vasa RA, Bruck M, et al. Attention bias toward threat in pediatric anxiety disorders. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Oct 2008;47(10):1189-1196.
24. Waters AM, Henry J, Mogg K, Bradley BP, Pine DS. Attentional bias towards angry faces in childhood anxiety disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Jun 2010;41(2):158-164.
25. Waters AM, Mogg K, Bradley BP, Pine DS. Attentional bias for emotional faces in children with generalized anxiety disorder. *Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry*. Apr 2008;47(4):435-442.
26. Mathews A, MacLeod C. Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behavior Research and Therapy*. 1985;23(5):563-569.

27. Wilson E, MacLeod C. Contrasting two accounts of anxiety-linked attentional bias: selective attention to varying levels of stimulus threat intensity. *Journal of Abnormal Psychology*. May 2003;112(2):212-218.

28. Monk CS, Nelson EE, McClure EB, et al. Ventrolateral prefrontal cortex activation and attentional bias in response to angry faces in adolescents with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*. Jun 2006;163(6):1091-1097.

29. Monk CS, Telzer EH, Mogg K, et al. Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*. May 2008;65(5):568-576.

30. Ridderinkhof KR, van den Wildenberg WP, Segalowitz SJ, Carter CS. Neurocognitive mechanisms of cognitive control: the role of prefrontal cortex in action selection, response inhibition, performance monitoring, and reward-based learning. *Brain and Cognition*. Nov 2004;56(2):129-140.

31. Botvinick MM, Braver TS, Barch DM, Carter CS, Cohen JD. Conflict monitoring and cognitive control. *Psychological Review*. Jul 2001;108(3):624-652.

32. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*. May 2007;7(2):336-353.

33. Ladouceur CD, Dahl RE, Birmaher B, Axelson DA, Ryan ND. Increased error-related negativity (ERN) in childhood anxiety disorders: ERP and source localization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Oct 2006;47(10):1073-1082.

34. Hajcak G, McDonald N, Simons RF. Anxiety and error-related brain activity. *Biological Psychology*. Oct 2003;64(1-2):77-90.

35. Ursu S, Stenger VA, Shear MK, Jones MR, Carter CS. Overactive action monitoring in obsessive-compulsive disorder: evidence from functional magnetic resonance imaging. *Psychological Science*. Jul 2003;14(4):347-353.

36. Fox NA, Hane AA, Pine DS. Plasticity for affective neurocircuitry - How the environment affects gene expression. *Current Directions in Psychological Science*. Feb 2007;16(1):1-5.

37. Fox NA, Henderson HA, Perez-Edgar K, White L. The Biology of temperament: An integrative approach. In: Nelson C, Luciana M, eds. *The handbool of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge, MA: MIT Press; 2008:839-854.

38. Perez-Edgar K, Reeb-Sutherland BC, McDermott JM, et al. Attention biases to threat link behavioral inhibition to social withdrawal over time in very young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Aug 2011;39(6):885-895.

39. Rothbart MK, Ellis LK, Rueda MR, Posner MI. Developing mechanisms of temperamental effortful control. *J Pers*. Dec 2003;71(6):1113-1143.

40. Derryberry D, Rothbart MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*. Fall 1997;9(4):633-652.

41. Lonigan CJ, Phillips BM. Temperamental basis of anxiety dosorders in children. In: Vasey MW, Dadds M, eds. *The Developmental Psychopathology of anxiety*. New York: Oxfor University Press; ; 2001:60-91.

42. Waters AM, Valvoi JS. Attentional bias for emotional faces in paediatric anxiety disorders: an investigation using the emotional Go/No Go task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Jun 2009;40(2):306-316.

43. Thorell L, Bohlin G, Rydell A. Two types of inhibitory control: predictive relations to social functioning. *International Journal of Behavioral Development*. 2004; 28:193–203.

44. Fox NA, Henderson HA. Temperament, emotion, and executive function: Influences on the development of self-regulation. Paper presented at the Annual Meeting of the Cognitive Neuroscience Society. San Francisco, 2000, April.

45. White LK, McDermott JM, Degnan KA, Henderson HA, Fox NA. Behavioral inhibition and anxiety: the moderating roles of inhibitory control and attention shifting. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Jul 2011;39(5):735-747.

46. Righi S, Mecacci L, Viggiano MP. Anxiety, cognitive self-evaluation and performance: ERP correlates. *Journal of Anxiety Disorders*. Dec 2009;23(8):1132-1138.

47. Sehlmeyer C, Konrad C, Zwitserlood P, Arolt V, Falkenstein M, Beste C. ERP indices for response inhibition are related to anxiety-related personality traits. *Neuropsychologia*. Jul 2010;48(9):2488-2495.

48. Hum KM, Manassis K, Lewis MD. Neural mechanisms of emotion regulation in childhood anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. In Press. 2012.

49. McDermott JM, Perez-Edgar K, Henderson HA, Chronis-Tuscano A, Pine DS, Fox NA. A history of childhood behavioral inhibition and enhanced response monitoring in adolescence are linked to clinical anxiety. *Biological Psychiatry*. Mar 1 2009;65(5):445-448.

50. Lerner RM, Hess LE, Nitz KA. Developmental perspective on psychopathology. In: Herson M, Last CG, eds. *Handbook of child and adult psychopathology: a longitudinal perspective*. Elmsford, NY: Pergamon Press; 1991:9-32.

51. Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*. Mar 2001;58(3):251-256.

52. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*. Nov 2001;110(4):585-599.

53. Gladstone GL, Parker GB. Is behavioral inhibition a risk factor for depression? *Journal of Affective Disorders*. Oct 2006;95(1-3):85-94.

54. Muris P, Merckelbach H, Schmidt H, Gadet B, Bogie N. Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(9):1051-1061.

55. Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB. Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Dec 1998;37(12):1308-1316.

56. Neal JA, Edelmann RJ, Glachan M. Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*. Nov 2002;41(Pt 4):361-374.

57. Sportel BE, Nauta MH, de Hullu E, de Jong PJ, Hartman CA. Behavioral Inhibition and Attentional Control in Adolescents: Robust Relationships with Anxiety and Depression. *Journal of Child and Family Studies*. Apr 2011;20(2):149-156.

58. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. Feb 1994;103(1):103-116.

59. Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH. Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*. May 1998;107(2):179-192.

60. Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*. Nov 1996;53(11):1033-1039.

61. Lonigan CJ, Hooe ES, David CF, Kistner JA. Positive and negative affectivity in children: confirmatory factor analysis of a two-factor model and its relation to symptoms of anxiety and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Jun 1999;67(3):374-386.

62. Joiner TE, Jr., Catanzaro SJ, Laurent J. Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*. Aug 1996;105(3):401-409.

63. Lonigan CJ, Carey MP, Finch AJ, Jr. Anxiety and depression in children and adolescents: negative affectivity and the utility of self-reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Oct 1994;62(5):1000-1008.

64. Anthony JL, Lonigan CJ, Hooe ES, Phillips BM. An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Dec 2002;31(4):480-490.

65. Chorpita BF. The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Apr 2002;30(2):177-190.

66. Block JH, Gjerde PF. Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. May 1991;60(5):726-738.

67. van Os J, Jones P, Lewis G, Wadsworth M, Murray R. Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Archives of General Psychiatry*. Jul 1997;54(7):625-631.

68. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*. Feb 1994;103(1):103-116.

69. Lonigan CJ, Phillips BM, Hooe ES. Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consultunf and Clinical Psychology*. Jun 2003;71(3):465-481.

70. Rende RD. Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. Mar 1993;32(2):287-290.

71. Dougherty LR, Klein DN, Durbin CE, Hayden EP, Olino TM. Temperamental Positive and Negative Emotionality and Children's Depressive Symptoms: A longitudinal prospective study from age three to age ten. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010;29(4):462-488.

72. Hayden EP, Klein DN, Durbin CE, Olino TM. Positive emotionality at age 3 predicts cognitive styles in 7-year-old children. *Development and Psychopathology*. Spring 2006;18(2):409-423.

73. Lahat A, Hong M, Fox NA. Behavioural inhibition: is it a risk factor for anxiety? *International Review of Psychiatry*. Jun 2011;23(3):248-257.

74. Rapee RM. The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*. Nov 15 2002;52(10):947-957.

Примечания

a. «Восходящая» и «нисходящая» стратегии обработки информации – два дополняющих друг друга когнитивных процесса. «Восходящая» стратегия относится к процессам, которые включают сенсорную стимуляцию, приводящую к перцептивной обработке и последующей корковой интерпретации. В целом, вовлеченные структуры – это, во-первых, подкорковая, лимбическая, затем корковые области мозга. «Нисходящая» обработка относится к контролю или модуляции на подкорковой области или лимбической обработкой корковыми областями. – (прим. пер.)

b. Структура мозга, которая, как считают, вовлечена в обнаружение угрозы или новизны и выработку условного рефлекса в связи с переживанием чувства страха.

c. Самый начальный отдел передней коры мозга, расположенный за лобной костью. Этот отдел мозга вовлечен в выполнение управляющих функций более высокого порядка, таких как контроль внимания, регулировка эмоций, разрешение конфликтов, планирование сложного целенаправленного поведения и процессы принятия решений.

d. Подразделение передней поясной коры, отвечающее за выявление ошибок, ответную реакцию и мониторинг конфликтов, предчувствие, внимание, мотивацию и регулирование/нарушение эмоционального реагирования.

Отношения детей со сверстниками: связи с развитием тревоги и депрессии на ранней стадии

Роберт дж. Коплан, PhD, Лора Уи, MA

Центр развития человеческого потенциала им. Пикеринга, Факультет психологии, Карлтонский университет, Канада

марта 2013 г.

Введение

Группа ровесников является важным и уникальным условием для развития широкого спектра знаний и навыков в раннем детстве.[1] Проще говоря, «играя с друзьями», дети приобретают, а также тренируют социальные (например, разрешение конфликтов), когнитивные (например, взгляд со стороны), эмоциональные (саморегуляция) и коммуникативные навыки, которые закладывают фундамент для дальнейшего развития. Однако для многих детей группа ровесников может также быть первой обстановкой, где начинают проявляться самые ранние признаки расстройств интернализующего типа (таких как тревога и депрессия). В этих группах дети, охваченные состоянием тревоги, могут испытывать страх, волнение, беспокойство и чувство смущения. В раннем детстве симптомы депрессии могут включать ангедонию (неспособность испытывать удовольствие), чувство непомерной вины, а также перемены в аппетите и уровне активности.[2,3,4] Необходимо отметить, что симптомы тревоги и депрессии могут зачастую проявляться одновременно.[5,6]

Проблематика

Исследования, рассматривающие связь между проблемами интернализующего типа и отношениями со сверстниками в раннем детстве, обычно опираются на информацию от родителей и учителей, гораздо реже – на наблюдения в естественных условиях. У родителей и учителей есть преимущество: они могут наблюдать за поведением ребенка на протяжении разных периодов времени и в разных ситуациях. Однако это может сделать их ответы и реакцию предвзятыми. Наблюдения же потенциально предполагают более объективные данные, но чаще всего они более контекстуально ограничены, являются

относительно дорогими и требуют много времени. Особую трудность в определении проблем интернализующего типа представляет их «скрытый» характер. Иначе говоря, многие эмоциональные и когнитивные симптомы тревожности и депрессии могут быть внешне незаметными, к тому же детям бывает особенно трудно выразить своё внутреннее состояние.

Научный контекст

Отношения детей со сверстниками можно исследовать на множестве уровней.[1] Например, на уровне взаимодействия со сверстниками главное внимание уделяется просоциальному (например, соучастие, сопереживание), антисоциальному (например, агрессия) и асоциальному (например, стеснительность и замкнутость) поведению детей со своими сверстниками. Отношения со сверстниками обычно относят к аспектам взаимной дружбы (например, близость, конфликты), тогда как группы ровесников имеют отношение к жизненному опыту ребенка гораздо более широкого социального круга (например, неприятие, исключения и издевательства).

Ключевые вопросы

1. Проявляют ли дети с повышенными уровнями тревоги и депрессии какое-то характерное поведение в общении с ровесниками? Способствует ли поведение сверстников дальнейшему развитию проблем интернализующего типа?
2. Каким образом сверстники реагируют и ведут себя по отношению к маленьким детям с признаками тревоги и депрессии?
3. Какое влияние оказывают отношения с ровесниками на развитие тревоги и депрессии в детстве? Каким образом сверстники могут выступать в виде усугубляющего (делающего хуже) и защитного (улучшающего) фактора для детей, склонных к проблемам интернализующего типа?

Результаты последних исследований

Типы социального поведения маленьких детей с признаками тревожности и депрессии

Результаты растущего числа исследований говорят о том, что дети, склонные к интернализующим проблемам, проявляют характерное социально замкнутое поведение среди своих ровесников.[7] Другими словами, при любой возможности социального

взаимодействия, будь то в детском саду или на детской площадке, дети в состоянии тревоги и депрессии обычно замыкаются в себе, отказываются от общения и лишь изредка сами начинают какой-либо социальный обмен с другими детьми. Кроме того, дети с симптомами тревожности и депрессии демонстрируют дефицит социальных навыков (например, зрительный контакт, попытки начать разговор), что может еще сильнее подорвать их способности участвовать в какой-либо социальной активности со сверстниками.[8,9,10]

Несмотря на то, что некоторые дети в состоянии тревоги могут быть заинтересованы в социальном взаимодействии, их желание общаться с другими детьми зачастую сдерживается их социальной замкнутостью и молчаливостью. В результате они проводят большую часть времени, наблюдая (они наблюдают за другими детьми, но не присоединяются) и балансируя на границе социальных групп.[8,11] Имеются определенные свидетельства того, что дети в состоянии депрессии также испытывают социальные трудности.[12] Например, дети, проявляющие сильные симптомы депрессии, с большей степенью вероятности будут отвергнуты сверстниками.[10] Более того, недостатки в навыках общения (например, участие в социальной активности, лидерство) и издевательства со стороны ровесников могут повлечь за собой симптомы депрессии в детстве.[13,14] Лонгитюдные исследования принесли существенные доказательства, указывающие на связь между социальной замкнутостью в детстве и дальнейшим развитием более серьезных внутренних проблем.[15,16,17] Так, например, Katz и соавт.[18] пронаблюдали за более чем 700-ми детьми с их раннего детства до раннего взрослого периода. Они описали траекторию развития, связывающую социальную замкнутость в возрасте пяти лет с социальными проблемами со сверстниками в возрасте пятнадцати лет, а затем – с диагнозами депрессии в возрасте двадцати лет.

Ответная реакция сверстников на детей с признаками тревожности и депрессии

Уже в раннем детстве дети с проявлениями тревожности и депрессии обычно сталкиваются с отрицательной реакцией со стороны ровесников. Например, дети с симптомами интернализующих проблем чаще всего вызывают неприязнь у сверстников и отвергаются ими.[10,16] Как тревога, так и депрессия в раннем детстве связаны с виктимизацией со стороны ровесников.[14,19] Также есть свидетельства (в основном относительно детей более старшего возраста) того, что у детей с признаками тревожности и депрессии меньше друзей, а их дружеские отношения обычно менее крепкие.[16,20,21,22,23] Кроме того, дети имеют тенденцию заводить друзей с аналогичными симптомами тревожности и депрессии, что может также

усугубить их собственные социальные проблемы.[24] Несмотря на то, что, как уже было отмечено, симптомы тревожности и депрессии крайне трудно обнаружить в детстве,[25] представляется ясным, что поведение детей с симптомами тревожности и депрессии в группе не остается незамеченным их сверстниками. Вполне вероятно, что поведенческие характеристики детей с признаками тревожности и депрессии, которые вызывают наиболее отрицательную реакцию со стороны сверстников: социальная замкнутость и другие виды социально неприспособленного поведения (независимо от того, возникают эти виды поведения в результате тревожности/депрессии или нет) – все эти поведенческие характеристики являются значимыми предикторами сопутствующих и последующих случаев виктимизации и неприятия со стороны сверстников.[10,15,26,27]

Влияние отношений со сверстниками на развитие тревожности и депрессии

Социальное отвержение, виктимизация и неприятие со стороны сверстников могут иметь долгосрочные отрицательные последствия для детей.[1] В особенности опыт постоянного столкновения с виктимизацией со стороны сверстников в раннем детстве может вызвать последующее развитие тревожности и депрессии.[14] К сожалению, дети с признаками тревожности и депрессии не только более склонны к проблематичным отношениям с ровесниками, но также оказываются чрезвычайно восприимчивыми к отрицательному воздействию такого рода опыта.[28,29,30] Так, например, Gazelle and Ladd[31] обнаружили, что дети дошкольного возраста, проявляющие первые признаки тревожности, которые также были отвергнуты сверстниками, чаще всего остаются в состоянии тревожности, а также приобретают симптомы депрессии вплоть до четвертого класса. С другой стороны, дети с симптомами тревожности, которые не были отвергнуты сверстниками, в меньшей степени рискуют остаться в этом состоянии и приобрести симптомы депрессии. Однако есть определенные свидетельства, что замкнутые дети, дети с симптомами тревожности и депрессии могут извлекать пользу от положительного общения со сверстниками.[29,32,33,34] Laursen и коллеги,[35] например, сообщили о том, что наличие хотя бы одного близкого друга может уменьшить связь между социальной изоляцией и развитием внутренних проблем в раннем детстве.

Неисследованные области

Несмотря на повышенное внимание к ранним проявлениям проблем интернализующего типа у детей, на данный момент невелико число исследований, посвященных потенциально

важной роли влияния сверстников. В рамках данного весьма ограниченного числа исследований практически ничего неизвестно о связях между симптомами депрессии и опыте общения детей со сверстниками. Для будущих исследований будет также важно тщательнее изучить роль влияния навыков общения и отношений детей со сверстниками относительно определенных «подтипов» интернализующих проблем. Например, существуют свидетельства того, что определенные формы тревожности (например, социальная тревожность) могут быть в больше степени связаны с недостатком навыков общения, чем другие формы (например, общее тревожное расстройство).[36,37] Кроме того, было проведено мало исследований, подробно рассматривавших роль, которую могли бы сыграть сверстники в программах ранней коррекции для помощи детям с признаками тревожности и депрессии.

Заключение

Сверстники играют важную и уникальную роль в развитии ребенка. Группа ровесников также является для детей еще и привычной обстановкой, где они проявляют первые признаки интернализующих проблем, таких как тревожность и депрессия. Дети с проявлениями тревожности и депрессии часто испытывают определенные трудности в социальных взаимоотношениях со сверстниками. Прежде всего, дети, склонные к подобным проблемам интернализующего типа, обычно бывают тихими и замкнутыми в компании своих ровесников и могут также демонстрировать слаборазвитые навыки общения. В результате, возможно, дети с проблемами интернализации чаще становятся жертвами виктимизации и неприятия со стороны сверстников. Сам по себе такого рода отрицательный опыт общения со сверстниками влечет за собой повышенный риск появления в дальнейшем ряда социальных и эмоциональных проблем, а также трудностей в учебе. К сожалению, дети, склонные к проблемам интернализации, также чрезвычайно восприимчивы к отрицательному воздействию такого рода опыта, что зачастую усиливает симптомы тревожности и депрессии. Это может создать порочный круг, который обостряет риск отрицательных долгосрочных результатов. Однако существуют предварительные доказательства (в основном у детей более старшего возраста) того, что положительные взаимоотношения со сверстниками (например, близкая дружба) могут помочь в «создании защитной зоны» (оградить) для детей с симптомами тревожности и депрессии от некоторых отрицательных последствий рано проявляющихся проблем интернализации.

Рекомендации

Из данного обзора можно сделать некоторые потенциально важные выводы для родителей, педагогов раннего развития, учителей и врачей. Во-первых, нам необходимо продолжать повышать осведомленность о первых проявлениях тревожности и депрессии у детей, так как симптомы проблем интернализующего типа часто остаются незамеченными другими людьми. Во-вторых, родителям, учителям и другим следует наблюдать за социальными взаимодействиями детей, так как это предоставляет возможность узнать об их эмоциональном благополучии. Например, ребенок, который часто демонстрирует излишне тихое, молчаливое и социально замкнутое поведение среди сверстников, возможно, требует пристального внимания. Сходным образом, первые признаки таких трудностей в общении со сверстниками, как неприятие и виктимизация, не должны оставаться незамеченными. В связи с этим поведение в группах ровесников может служить потенциальным «указателем» (т.е. первым тревожным признаком) проблем интернализации. Наконец, было показано, что надлежащее раннее вмешательство эффективно снижает симптомы внутренних проблем у детей.[38,39,40] Группа ровесников может также послужить важной средой для проведения такого рода способов раннего вмешательства. Кроме того, развитие навыков общения и стимуляция положительных взаимоотношений могут напрямую помочь детям с симптомами тревожности и депрессии.

Литература

1. Rubin KH, Bukowski W, Parker J. Peer interactions, relationships, and groups. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, eds. *Handbook of child psychology: Volume 3, Social, emotional, and personality development (6th ed)*. New York: Wiley; 2006:571-645.
2. Côté SM, Boivin M, Liu X, Nagin DS, Zoccolillo M, Tremblay R. Depression and anxiety symptoms: Onset, developmental course and risk factors during early childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2009;50(10):1201-1208.
3. Luby JL. Preschool depression: The importance of identification of depression early in development. *Current Directions in Psychological Science* 2010;19(2):91-95.
4. Rao PA, Beidel DC, Turner SM, Ammerman RT, Crosby LE, Sally FR. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:1181–1191.
5. Beesdo K, Bittner A, Pine D, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(8):903-912.
6. Brady EU, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1992;111:244–255.
7. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC. Social withdrawal in childhood. The Annual *Review of Psychology* 2009;60:141-171.
8. Coplan RJ, Arbeau KA, Armer M. Don’t fret, be supportive! Maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36:359-371.
9. Duchesne S, Larose S. Vitaro F, Tremblay RE. Trajectories of anxiety in a population sample of children: Clarifying the role of children’s behavioral characteristics and maternal parenting. *Development and Psychopathology* 2010;22(2):361-

373.

10. Harrist AW, Zaia AF, Bates JE, Dodge KA, Pettit GS. Subtypes of social withdrawal in early childhood: Sociometric status and social-cognitive differences across four years. *Child Development* 1997;68(2):278-294.
11. Coplan RJ, Prakash K, O'Neil K, Armer M. Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology* 2004; 40:244-258.
12. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T. Preschool major depressive disorder: Preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(8):928-937.
13. Gullone E, Ollendick TH, King NJ. The role of attachment representation in the relationship between depressive symptomatology and social withdrawal in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies* 2006;15(3):263-277.
14. Perren S, Alsaker FD. Depressive symptoms from kindergarten to early school age: Longitudinal associations with social skills deficits and peer victimization. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009;3(28):1-10.
15. Ladd GW. Peer rejection, aggressive or withdrawn behavior, and psychological maladjustment from ages 5 to 12: An examination of four predictive models. *Child Development* 2006;77(4):822-846.
16. Pedersen S, Vitaro F, Barker ED, Borge AI. The timing of middle-childhood peer rejection and friendship: Linking early behavior to early adolescent adjustment. *Child Development* 2007;78(4):1037-1051.
17. Rubin KH, Chen X, McDougall P, Bowker A, McKinnon J. The Waterloo Longitudinal Project: Predicting adolescent internalizing and externalizing problems from early and mid-childhood. *Development and Psychopathology* 1995;7:751-764.
18. Katz SJ, Conway CC, Hammen CL, Brennan PA, Najman JM. Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: A mediate model. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2011;39(8):1227-1238.
19. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 2009;5:311-341.
20. Chan A, Poulin F. Monthly instability in early adolescent friendship networks and depressive symptoms. *Social Development* 2009;18(1):1-23.
21. Festa CC, Ginsburg GS. Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry & Human Development* 2011;42(3):291-306.
22. La Greca AM, Harrison HM. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005;34:49–61.
23. Rose AJ, Carlson W, Luebbe AM, Schwartz-Mette RA. Predicting difficulties in youth's friendships: Are anxiety symptoms as damaging as depressive symptoms? *Merrill-Palmer Quarterly* 2011;57(3): 244-262.
24. Van Zalk MH, Kerr M, Branje SJ, Stattin H, Meeus WH. It takes three: Selection, influence, and de-selection processes of depression in adolescent friendship networks. *Developmental Psychology* 2010;46(4):927-938.
25. Berg-Nielsen TS, Solheim E, Belsky J, Wichstrom L. Preschoolers' psychosocial problems: In the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent–teacher reports. *Child Psychiatry and Human Development* 2012;3:393-413.
26. Klima T, Repetti RL. Children's peer relations and their psychological adjustment: Differences between close friendships and the larger peer group. *Merrill-Palmer Quarterly* 2008;54(2):151-178.
27. Troop-Gordon W, Ladd GW. Trajectories of peer victimization and perceptions of the self and schoolmates: Precursors to internalizing and externalizing problems. *Child Development* 2005;76(5):1072-1091.

28. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001;323:480–484

29. Booth-LaForce C, Oxford ML. Trajectories of social withdrawal from Grades 1 to 6: Prediction from early parenting, attachment, and temperament. *Developmental Psychology* 2008;4:1298–1313.

30. Oh W, Rubin KH, Bowker JC, Booth-LaForce C, Rose-Krasnor L, Laursen B. Trajectories of social withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36(4):553-566.

31. Gazelle H, Ladd GW. Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development* 2003;74(1):257-278.

32. Erath SA, Flanagan KS, Bierman KL. Early adolescent school adjustment: Associations with friendship and peer victimization. *Social Development* 2008;17(4):853-870.

33. Greco LA, Morris TL. Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy* 2005;36:197-205.

34. Schrepferman LM, Eby J, Snyder J, Stropes J. Early affiliation and social engagement with peers: Prospective risk and protective factors for childhood depressive behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2006;14(1):50-61.

35. Laursen B, Bukowsko WM, Aunola K, Nurmi J-E. Friendship moderates prospective associations between social isolation and adjustment problems in young children. *Child Development* 2007;78(4):1395-1404.

36. Miers AC, Blöte AW, Westenberg PM. Peer perceptions of social skills in socially anxious and nonanxious adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2010;38:33-41.

37. Scharfstein L, Alfano C, Beidel D, Wong N. Children with generalized anxiety disorder do not have peer problems, just fewer friends. *Child Psychiatry and Human Development* 2011;42:712-723.

38. Lenze SN, Pautsch J, Luby J. Parent-child interaction therapy emotion development: A novel treatment for depression in preschool children. *Depression and Anxiety* 2011;28:153-159.

39. Rapee RM. Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology* 2000;52(3):125-129.

40. Rapee RM, Kennedy S, Ingram M, Edwards S, Sweeney L. Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *The American Journal of Psychiatry* 2010;167(12):1518-1525.

Работа с клинически выраженной тревогой и депрессией в раннем детстве

Сэм Картрайт-Хаттон, PhD; доктор клинической психологии

Школа психологии, Университет Сассекса, Соединенное Королевство

марта 2013 г.

Введение

Сравнительно немного известно о тревожности и депрессивном состоянии в раннем детстве, а выбор средств диагностики и терапевтического воздействия в обоих случаях ограничен. Однако интерес к данной области растет.

Предмет

В научном сообществе все больше принимается, что маленькие дети действительно испытывают симптомы тревожности и депрессивного состояния, и воздействие этих симптомов на детей может достигать клинического уровня тяжести. Однако исследование данных патологических состояний у маленьких детей значительно отстает от подобных исследований среди детей старшего детского и подросткового возрастов.

Проблематика и научный контекст

Несмотря на то, что симптомы тревожности и депрессивного состояния являются привычными в этой возрастной группе, у нас очень мало вариантов терапевтического воздействия, направленного непосредственно на маленьких детей. Исследования воздействия, включающие эту возрастную группу, также включали более взрослых детей, а их результаты для каждой отдельной возрастной группы не опубликованы. Таким образом, специальные методы воздействия, на первый взгляд подходящие для маленьких детей, могут таковыми и не являться.

Кроме того, остается открытым вопрос о целесообразности лечения маленьких детей с этими симптомами. В то время как у детей постарше симптомы, по-видимому, могут в умеренной степени продолжаться в отрочестве и во взрослом возрасте,[1,2] мы просто не знаем, так ли обстоит дело с маленькими детьми. Хотя вероятность этого невысока,

существует возможность, что симптомы у маленьких детей ослабнут со временем, и в таком случае лечение для них окажется лишней нагрузкой. Подобным образом, несмотря на то, что тревожность и депрессивное состояние в раннем возрасте ассоциируются с трудностями в других областях, таких как школьная успеваемость и межличностное взаимодействие,[3] неизвестно, являются ли они причиной или следствием детских психических расстройств, а также уменьшаются ли эти расстройства при успешном корректирующем воздействии.

Ключевые вопросы

1. Стоит ли лечить симптомы тревожности и депрессивного состояния у маленьких детей?
2. Как следует работать с симптомами тревожности и депрессивного состояния у маленьких детей?

Результаты последних исследований

Хотя мы знаем, что некоторые стили темперамента связаны с повышенным риском развития психических расстройств в будущем, нам очень мало известно о прогностической ценности ранних симптомов тревожности и депрессивного состояния. Эта сложность усугубляется тем, что в раннем периоде жизни очень сложно отличить свойства здорового, но заторможенного темперамента от симптомов психических расстройств и тревожности, и в действительности границы между ними трудноразличимы. Например, высокий уровень стеснения может являться составной частью характера здорового ребенка или симптомами начинающегося социального тревожного расстройства. Несмотря на то, что нам бы хотелось вылечить ребенка с тревожным расстройством, было бы неуместно патологизировать спокойный темперамент. Там, где предлагается ранняя коррекция, требуется осторожность.

Подходы, основанные на когнитивно-бихевиоральной терапии

Изначально исследователи пытались «перекроить на ребенка» методы терапии тревожности и депрессивного состояния у взрослых, в частности, когнитивно-бихевиоральную терапию (КБТ).[4] КБТ для детей фокусируется на обучении их распознаванию и оспариванию проблемных мыслей, а также использованию таких техник, как «затопление» и «поведенческая активация», которые заимствованы из литературы,

описывающей лечение взрослых, и модифицированы. Результаты этих исследований в целом оказываются достаточно позитивными,[5,6] где в среднем 50-60 % детей излечиваются от первоначально поставленного диагноза. Однако эти проекты обычно включают широкий возрастной спектр и ввиду ограниченного объёма выборки не предоставляют возможности взглянуть непосредственно на результаты, касающиеся маленьких детей. В случае депрессии исследования обычно не включают детей в возрасте младше девяти лет. Однако в литературе, посвященной тревожным расстройствам, есть доказательства того, что при осторожном применении стандартные подходы КБТ могут быть эффективны для детей начиная с шести лет,[7,8] а при дальнейшей адаптации, с использованием игрового подхода – начиная с четырех лет.[9]

Подходы, основанные на воспитании

Второй подход, особенно распространенный в литературе по тревожным расстройствам, заключается в работе с родителями маленьких детей. Целью данной работы является обеспечение в семьях такого стиля воспитания, который лучше всего подходит к темпераменту ребенка. Например, одна подобная программа коррекции основана на работе с родителями и нацелена на симптомы тревожного расстройства у детей дошкольного возраста с поведенчески заторможенным темпераментом. У детей-участников этой программы уменьшилось количество диагнозов тревожного расстройства.[10] Еще один подход, основанный на привлечении родителей, – это Parent Child Interaction Therapy (PCIT) (Терапия на основе взаимодействия родителей и детей). Он основывается на бихевиоризме и теории социального научения и представляет собой терапию с игровой основой, в которой участвуют дети и родители. Данная терапия показала многообещающие результаты в лечении тревожных расстройств у маленьких детей.[11] Подобным образом работает групповая когнитивно-бихевиоральная программа воздействия, направленная только на родителей. Ее целью является обеспечение теплого, спокойного и последовательного родительского окружения для маленьких детей, страдающих тревожным расстройством. В результате работы этой программы значительно сократилось количество диагнозов тревожного расстройства, по сравнению с группой детей, родители которых не участвовали в программе.[12] Данные подходы, основанные на привлечении родителей, обычно применяются к детям младшего возрастного диапазона.

На практике оба подхода – и основанный на работе с родителями, и КБТ – включают элементы друг друга: подходы, основанные на привлечении родителей, предлагают

обучение родителей приемам таких техник КБТ, как «затопление», а большинство приемов КБТ, так или иначе, вовлекают родителей, обучая их базовым навыкам работы с тревожностью и поведением. Тем не менее, несмотря на данные о высоком уровне риска нарушений семейного функционирования в семьях, где есть дети со склонностью к депрессивности, пока что существует очень немного подходов к работе с депрессией у маленьких детей, включающих семью.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение тревожного расстройства и депрессивного состояния у маленьких детей обычно рекомендуется только в качестве последнего средства. Хотя исследования показали определенную эффективность медикаментозного лечения детей в возрасте 6 лет, страдающих депрессией, из соображений безопасности некоторые контролирующие органы ограничили или запретили использование в детском возрасте препаратов SSRIs (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина).[13]

В отличие от лечения взрослых и иногда подростков, методы лечения, направленные на детей младшего возраста, обычно носят очень общий характер. Они ориентированы на все типы тревожных или депрессивных расстройств, в отличие от методов, направленных на более конкретные синдромы. Возможно, это вполне уместно, учитывая ограниченность понимания адекватности различных диагностических категорий в данной возрастной группе.

Неисследованные области

В данной области проводится мало исследований, поэтому в ней присутствуют значительные пробелы. Нам срочно необходимо узнать больше о том, как и когда симптомы тревожного расстройства и депрессивного состояния у маленьких детей определяют будущие проблемы с психикой, и если да, то на какой стадии нам стоит попытаться применить коррекционное вмешательство. В частности, нам необходимо знать, когда нормальный, спокойный темперамент, который нужно воспитывать и поощрять, превращается в тяжёлое заболевание. При корректирующем вмешательстве нам необходимо знать, какой подход лучше всего работает для данной возрастной группы. Вклад специалистов в области возрастной когнитивной психологии может быть полезен в данном начинании, ориентируя психотерапевтов в том, какие из особенностей процесса

развития нарушены, и помогая им разрабатывать техники, которые наиболее подходят для потребителей услуги на каждой стадии развития.

Все вышеописанные многообещающие психологические подходы к работе с маленькими детьми (за исключением стандартной когнитивно-бихевиоральной терапии) до настоящего времени остаются неисследованными, за исключением одной небольшой работы, в которой коррекционное вмешательство сравнивалось с контрольным вариантом без воздействия. Требуются дальнейшие независимые исследования более крупного масштаба, включая техники с применением плацебо, а также, желательно, другие способы активного вмешательства.

Необходимо существенно больше исследований методов работы с депрессией у маленьких детей, поскольку на детях младше 9 лет никакие формы коррекционного вмешательства не изучались.

Выводы и рекомендации

Для понимания тревожности и депрессивности у маленьких детей все еще требуется очень много исследований. Даже когда выявляются дети, страдающие тревожным расстройством или депрессией, многие из них не получают эффективной помощи. Хотя мы понемногу продвигаемся в понимании причин данных состояний, а также факторов контекста, влияющих на них, выбор научно-подтвержденных методов помощи для группы детей младшего возраста очень ограничен. Исследование методов терапевтического воздействия выглядит отстающим от фундаментальной науки. Вместо того, чтобы основываться на новейших научных представлениях о развитии данных синдромов, практики часто «перекраивают под детский размер» подходы, разработанные для взрослых, такие как когнитивно-бихевиоральная терапия. В то время как для более взрослых детей и подростков определенные свидетельства пользы этих подходов существуют, исследования всерьез не обращались к ранним возрастам, и в этой области имеется значительное пространство для развития. В частности, было показано, что факторы контекста (распад семьи, психическое здоровье родителей, социальные и образовательные факторы) оказывают критическое влияние на развитие депрессии, однако в целом представленные в исследовательской литературе методики воздействия на них не направлены.

Вероятно, хотя это пока наглядно не продемонстрировано, заметные симптомы тревожности и депрессии в этом возрасте позволяют предсказывать возникновение психологических расстройств в будущем, включая ухудшения социального, учебного, профессионального и физического благополучия. Следовательно, возможно, что эффективные стратегии обнаружения и терапевтического воздействия, которые будут направлены на ранний возраст, принесут ощутимую пользу не только на индивидуальном, но и на экономическом и социальном уровнях, и поэтому в них стоит вкладывать деньги. Самые эффективные подходы, скорее всего, будут основаны на сотрудничестве родителей, практикующих специалистов и дошкольных учреждений. Их цель – обеспечить наиболее благоприятное окружение для ребенка.

Литература

1. Mesman J, Koot HM. Early Preschool Predictors of Preadolescent Internalizing and Externalizing DSM-IV Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2001;40(9):1029–36.
2. Carballo JJ, Baca-Garcia E, Carlos Blanco M, Perez-Rodriguez M, Jimenez Arriero MA, Artes-Rodriguez A, et al. Stability of childhood anxiety disorder diagnoses: a follow-up naturalistic study in psychiatric care. *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2010.
3. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders.* 2003;17(5):561-71.
4. Kendall PC. Treating Anxiety Disorders in Children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Child Psychology.* 1994;62(1):100-10.
5. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic Review of the Efficacy of Cognitive Behaviour Therapies for Childhood and Adolescent Anxiety Disorders. *British Journal of Clinical Psychology.* 2004;43:421-36.
6. Compton SN, Burns BJ, Egger HL, Robertson E. Review of the evidence for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2002;70(6):1240-66.
7. Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, White Lumpkin P, Hicks Carmichael DH. Treating Anxiety Disorders in Children with Group Cognitive-Behavioral Therapy: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1999;67(6):995-1003.
8. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS Program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology.* 2001;30(4):525-35.
9. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, et al. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2010;78(4):498-510.
10. Rapee RM, Kennedy S, Ingram M, Edwards S, Sweeney L. Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology.* 2005;73(3):488-97.
11. Coplan RJ, Schneider BH, Matheson A, Graham A. 'Play skills' for shy children: development of a Social Skills Facilitated Play early intervention program for extremely inhibited preschoolers. *Infant and Child Development.* 2010;19(3):223-37.

12. Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon C, et al. A New Parenting-Based Group Intervention for Young Anxious Children: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2011;50(3):242-51.e6.

13. Excellence NIfHaC. Depression in children and young people (CG28). London National Institute for Health and Clinical Excellence.: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2005.

Ранняя коррекция и профилактика тревожности и депрессии

Джордана К. Байер, PhD, Рут Битсон, PhD

Детский научно-исследовательский институт Мердока, Австралия

марта 2013 г.

Введение

Всемирная организация здравоохранения прогнозирует, что к 2030 году депрессия окажется на втором месте после ВИЧ/СПИДа по вкладу в глобальное бремя болезней.[1] Проблемы психического здоровья, выявленные в подростковом или зрелом возрасте, включающие изнурительную депрессию, тревожные расстройства и злоупотребление наркотиками, могут закладываться в более раннем возрасте и быть связаны с психическими проблемами, возникающими в детстве.[2,3,4]

Предмет

Проблемы психического здоровья в детском возрасте в основном относятся к эмоциональным и поведенческим. Согласно государственному исследованию психического здоровья молодежи, проведенному в Австралии, такие проблемы встречаются у каждого седьмого ребенка в возрасте 4-17 лет.[5] Аналогичные результаты были получены в ходе исследований на международном уровне.[6,7,8] Эмоциональные проблемы включают в себя тревожность и депрессию. Характеризуясь внутренним эмоциональным дистрессом, который может оставаться незамеченным для окружающих, эти расстройства также известны как проблемы «интернализующего типа».

Проблематика

Экономические исследования по оценке эффективности затрат показали, что, как правило, вмешательство на ранних стадиях может оказаться дешевле и эффективнее, чем более позднее лечение.[9] Исследования, в ходе которых велось наблюдение за детьми по месту жительства в течение длительного времени, выявили устойчивость симптомов интернализации в период с дошкольного до младшего школьного возраста,[10,11] а также с детского до подросткового возраста и зрелости.[12,13]

Научный контекст

В то время как эмоциональное функционирование продолжает развиваться в период с детства до зрелого возраста, именно первые годы жизни представляют собой потенциальную возможность для раннего коррекционного вмешательства и предотвращения проблем эмоционального характера. Проблемы детской интернализации отчасти являются наследственными и отчасти обусловлены факторами окружающей среды.[14] Лонгитюдные исследования показывают, что главным определяющим фактором возникновения проблем интернализации в детском возрасте является заторможенный темперамент, проявляющийся в виде боязливости и стремления избегать новых незнакомых ситуаций.[15,16,17,18] Другие известные факторы риска развития проблем интернализации у детей включают грубое отношение или чрезмерную опеку со стороны родителей, а также проблемы интернализации у родителей.[11,18,19,20,21,22,23]

Ключевые вопросы

Каков наилучший способ осуществления ранней коррекции траекторий эмоционального развития ребенка для предотвращения возникновения тревожности и депрессии? В данной статье представлены последние данные по этому вопросу. Предупреждающие меры, предпринимаемые в раннем детстве ребенка, в основном направлены на оптимизирование среды, окружающей ребенка, с целью управления и предотвращения развития проблем интернализации. Было выявлено, что взаимоотношения с родителями являются важнейшим внешним фактором, влияющим на поведение ребенка. Чрезмерное вмешательство и гиперопека со стороны родителей (т.е. ограждение от естественных трудностей, встречающихся в жизни) и жесткая дисциплина (т.е. телесные наказания и крик) являются предикторами возникновения у детей симптомов интернализации.[19,24] Поэтому главная цель программ раннего вмешательства и профилактики заключается в развитии навыков родителей по выявлению поведенческих проблем, связанных с эмоционально тяжелыми переживаниями ребенка, и реагированию на них более эффективными способами.

Результаты последних исследований

Недавний систематический обзор доказательных научно-обоснованных мероприятий, предупреждающих развитие проблем интернализации у детей (в возрасте 0-8 лет)[25] выявил, что двойной слепой метод выступает в качестве «золотого стандарта» методологии для оценки эффективности программ. Также было отмечено, что по сравнению с большой

научной экспериментальной базой, существующей для детских поведенческих проблем или проблем экстернализации, относительно небольшое количество профилактических мероприятий занимается исключительно проблемами интернализации.

Что касается мер, предпринимаемых еще в младенчестве, то исследовательский проект Early Start[26,27] располагает лучшими экспериментальными данными о сокращении проблем интернализации у детей.[25] Early Start представляет собой индивидуальную программу домашних посещений, проводимую в Новой Зеландии и нацеленную на помощь матерям, находящимся в группе риска или пребывающим в стрессовом состоянии, оказываемую в течение 2-3 лет. В рамках услуг первичной медицинской помощи все семьи проверяются на наличие риска возникновения проблем, а затем координируются еженедельные домашние посещения, осуществляемые социальными работниками, прошедшими пятинедельный обучающий курс. Одно исследование двойным слепым методом с повторным замером через 3 года показало, что данная методика способствовала улучшению ситуации, касающейся проблем интернализации у детей, грубого отношения со стороны родителей (включая жестокость в отношении детей) и посещения дошкольных учреждений.

Что касается мер, предпринимаемых в дошкольном возрасте, то лучшими экспериментальными данными о сокращении проблем интернализации обладают две программы.[25] В Канаде было установлено, что краткосрочная (трехмесячная) психообразовательная групповая программа, протестированная двойным слепым методом при участии родителей, у чьих детей наблюдались поведенческие проблемы, также способствовала снижению детской тревожности. Однако использованный план исследования по схеме «список ожидания» (wait-list control design) не позволяет оценить эффективность программы далее, чем через несколько недель после ее завершения. В Австралии была разработана краткосрочная (трехмесячная) программа под названием Cool Little Kids, нацеленная на родителей детей дошкольного возраста, обладающих подавленным темпераментом.[28,29,30] Оценка двух программ двойным слепым методом, включавшая замеры через 6 месяцев и через 3 года, показала, что программа успешно предотвратила развитие проблем интернализации у детей.

В рамках программы Cool Little Kids родителям детей дошкольного возраста с подавленным темпераментом предложили принять участие в двухнедельном курсе полуторачасовых групповых встреч под руководством клинического психолога. Ориентируясь на заторможенное поведение ребенка и гиперопеку со стороны родителей, эта программа

ставит своей целью сформировать у детей дошкольного возраста устойчивость к ситуациям, вызывающим страх и глубокую тревогу. Она учит родителей стратегиям, применение которых поможет справиться со страхами и переживаниями как детям, так и самим родителям (при необходимости). Первое исследование показало, что по сравнению с участниками контрольной группы у значительно меньшего количества детей, подвергшихся воздействию, к пятилетнему возрасту развились тревожные расстройства (50% и 64%), причем по достижению семилетнего возраста разрыв между ними увеличился (40% и 69%). Второе исследование было нацелено на родителей с тревожными расстройствами. В результате его проведения было выявлено, что программа также значительно влияет на развитие тревожных расстройств у детей дошкольного возраста, обладающих заторможенным темпераментом (53% в экспериментальной и 93% в контрольной группе). Поэтому программа Cool Little Kids является первой (и пока единственной) эффективной программой раннего предупреждения проблем интернализации у детей.

Неисследованные области

Существует очень мало эффективных мер по коррекции проблем интернализации у маленьких детей. Программа Cool Little Kids, ориентированная, прежде всего, на детскую тревожность, является наиболее передовым начинанием. Необходимо собрать долгосрочные данные об эффективности (более пяти лет) сравнительно коротких предупреждающих программ, таких как Cool Little Kids, которые требуют достаточно большого финансирования исследований. Еще одной проблемой является оценка эффективности программ, осуществляемых для большого количества представителей населения.[31] В рамках исследования двойным слепым методом, проведенного на популяционном уровне, недавно был изучен потенциал систематического обследования детей (с подавленным темпераментом), находящихся в группе риска, через использование универсальной платформы услуг для детей дошкольного возраста и осуществление коррекции. Кроме того, немногие исследования предоставили экономическую оценку программ раннего коррекционного вмешательства для обеспечения психологического здоровья ребенка.[7,25,32] Такая оценка может включать затраты на оказание услуг (обучение, материалы программы, заработная плата предоставителя услуг), затраты со стороны семей (отгулы или отпуск, транспортные расходы), а также дальнейшие медицинские затраты, сэкономленные на осуществлении ранней коррекции.

Выявление депрессии в дошкольном возрасте и разработка инновационных программ ранней коррекции является новейшей областью исследований. В то время как продолжает подтверждаться существование депрессивных расстройств в дошкольном возрасте,[33,34] недавний обзор программ, предупреждающих развитие депрессии у детей, не включал детей такого раннего возраста.[35] Совсем недавно было проведено пилотажное исследование, посвященное терапии детско-родительских отношений как потенциальной мере раннего вмешательства для детей дошкольного возраста, страдающих от депрессии.[33] Отсутствие программ лечения депрессии у детей младшего возраста вместе с учащением случаев назначения антидепрессантов, чья эффективность остается неизвестной, подчеркивают настоятельную необходимость разработки и оценки психотерапевтических вмешательств.[33]

Выводы

С 90-х годов XX века стал широко признаваться тот факт, что у маленьких детей могут возникать проблемы интернализации (тревожность и депрессия), которые подрывают здоровье ребенка при длительном воздействии. Ключевые факторы риска развития проблем интернализации у детей, известные на данный момент, включают как наследственность, так и влияние окружающей ребенка среды (т.е. темперамент подавленного типа, тревожность/депрессия у родителей, гиперопека и грубое отношение со стороны родителей). Начинает развиваться научная экспериментальная база для программ ранней коррекции, направленных на предотвращение тревожности и депрессии у детей. В настоящее время количество исследований вмешательств, предупреждающих развитие у детей проблем интернализации, остается небольшим по сравнению с исследованиями раннего вмешательства по устранению поведенческих проблем, проводимых уже в течение 30 лет. Существует острая необходимость в проведении дальнейших исследований раннего вмешательства, ориентированного на тревожность и (особенно) депрессию. В отношении тревоги на сегодняшний день лучшими экспериментальными данными, подтверждающими эффективность предпринимаемых мер, обладает программа Cool Little Kids. Преимущества данной программы включают в себя краткосрочность, точечный подход и наличие доказательств того, что она способствует предотвращению развития в дальнейшем тревожных расстройств. С недавнего времени в Австралии начали проводиться исследования программы Cool Little Kids двойным слепым методом на популяционном уровне.[31] Наличие депрессии у детей дошкольного возраста было признано лишь относительно недавно, поэтому настоятельно требуется разработка инновационных

программ ранней коррекции.[33]

Рекомендации

Современные знания о ранней коррекции и предупреждении проблем интернализации имеют практическое значение для родителей, служб и администрирования. Родители могут быть уверены, что существуют эффективные методы раннего коррекционного вмешательства для детей, страдающих тревожностью. На основе прочной научно экспериментальной базы медицинские службы и службы обучения смогут планировать развитие персонала с целью проведения программ раннего вмешательства. Директивные и законодательные органы смогут уделять первостепенное внимание финансированию а) распространения программ, основывающихся на экспериментальных данных, и б) проведения более качественных исследований раннего вмешательства для детей, страдающих тревожностью и депрессией. Giesen с коллегами[36] выделили следующие важные принципы, способствующие распространению программ предупредительного вмешательства:

- Сотрудники, задействованные в программе, должны иметь надлежащую подготовку и придерживаться содержания программы.
- «Доза» вмешательства должна быть максимизирована за счет проведения встреч для родителей в свободное от работы время и осуществления ухода за детьми на дому.
- Очень важно, чтобы профессиональный консультант, имеющий опыт работы с программой, тесно взаимодействовал с новыми предоставителями услуг, тем самым гарантируя, что компоненты, необходимые для эффективности осуществляемой деятельности, сохраняются и поддерживаются, а минимальные аспекты адаптируются под местные требования.
- Возможность снижения проблем детской тревожности и депрессии на раннем этапе жизни может сузить кумулятивные различия в психическом здоровье и вероятность появления проблем в дальнейшей жизни.

Литература

1. Mathers, C.D., & Loncar, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Med* 2006; 3(11): e44.
2. Jokela M, Ferrie J, & Kivimaki M. Childhood problem behaviours and death by midlife: the British National Child Development Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(1): 19-24.

3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 359-364.

4. Mrazek PJ & Haggerty RJ. *Reducing the risk for mental disorders*. Washington: National Academy Press; 1994.

5. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, Nurcombe B, Patton GC, Prior MR, Raphael BR, Rey JM, Whaites LC, Zubrick SR. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust NZ J Psychiat* 2011; 35: 806–814.

6. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Behavioural and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2007; 15(3): 130-142.

7. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet* 2011; 378(9801): 1515-1525.

8. Verhulst FC, & Koot HM. *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology.* London: Oxford University Press; 1995.

9. Heckman J. *Invest in the very young. Chicago: Ounce of Prevention Fund and the University of Chicago Harris School of Public Policy Analysis*; 2000.

10. Bayer JK, Sanson AV, & Hemphill SA. Early childhood aetiology of internalising difficulties: a longitudinal community study. *Int J Ment Health Promotion* 2009; 11(1): 22-32.

11. Bayer JK, Ukoumunne OC, Lucas N, Wake M, Scalzo K, Nicholson J. Risk factors for childhood mental health symptoms: National Longitudinal Study of Australian Children. *Pediatrics* 2011; 128(4): 865-879.

12. Asendorpf JB, Denissen JJA, van Aken MAG. Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: personality and social transitions into adulthood. *Dev Psychol* 2008; 44(4): 997-1011.

13. Bosquet M, & Egeland B. The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Dev Psychopathol* 2006; 18: 517-550.

14. Cicchetti D & Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist* 1998; 53(2): 221-241.

15. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirschfield DR, & Kagan J. A 3-year follow-up of children with and without behavioural inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(4): 805-821.

16. Prior M, Smart D, Sanson A, & Oberklaid F. Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 2000; 39(4): 461-468.

17. Rapee RM & Szollos AA. Developmental antecedents of clinical anxiety in childhood. *Behav Change* 2002; 19(3): 146-157.

18. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR & Kagan J. Behavioural inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1993; 1(1): 2-16.

19. Bayer JK, Sanson AV, & Hemphill SA. Parent influences on early childhood internalising difficulties. *J Appl Dev Psychol* 2006; 27: 542-559.

20. Bayer JK, Hiscock H, Ukoumunne OC, Price A, & Wake M . Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *J Child Psychol Psychit* 2008; 49(11): 1166-1174.

21. Coplan RJ, Arbeau KA, & Armer M Don't fret, be supportive! Maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36: 359-371.

22. Rapee RM, Schniering CA, & Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 311-341.

23. Rubin KH, Burgess KB & Hastings PD. Stability and social-behavioural consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviours. *Child Dev* 2002; 73(2): 483-495.

24. Bayer JK, Ukoumunne OC, Mathers M, Wake M, Abdi N, Hiscock H. Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Aust NZ J Psychiat* 2012; 46(7): 659-668.

25. Bayer JK, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, McDonald M, Morris A, Birdseye J, & Wake M.. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? *Aust NZ J Psychiat* 2009; 43: 695-710.

26. Ferguson D, Grant H, Horwood L, Ridder E. Randomized trial of the early start program of home visitation. *Pediatrics* 2005; 116(6): 803-809.

27. Ferguson D, Grant H, Horwood L, Ridder E. Randomized trial of the early start program of home visitation: parent and family outcomes. *Pediatrics* 2006; 117: 781-786.

28. Rapee RM, Kennedy S, Ingram M, Edwards S, & Sweeney L. Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(3): 488-497.

29. Rapee RM, Kennedy SJ, Ingram M, Edwards SL, & Sweeney L. Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *Am J Psychiatry* 2010; 167(12): 1518-1525.

30. Kennedy SJ, Rapee RM, & Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 2009; 48(6): 602-609.

31. Bayer JK, Rapee R, Hiscock H, Ukoumunne OC, Mihalopoulos C, Clifford S, & Wake M (2011). The Cool Little Kids randomised controlled trial: Population level early prevention for anxiety disorders. *BMC Public Health* 2011:11: 2-9.

32. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Carter R. The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 169-201.

33. Luby J, Lenze S, & Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiat* 2012; 53(3): 313-322.

34. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, & Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiat* 2012; 53(6): 695-705.

35. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevolde-Iversen T, Bir JJ, & McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 12, Art No CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub3.

36. Giesen F, Searle A, Sawyer M. Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems. *J Paediatr Child Health* 2007; 43: 785-789.