ЭНЦИКЛОПЕДИЯ раннего детского развития

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

©2013-2026 ABILIO | ТРЕВОЖНОСТЬ И ДЕПРЕССИЯ

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.