ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
раннего детского
развития

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

©2013-2026 ABILIO | ТРЕВОЖНОСТЬ И ДЕПРЕССИЯ

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.