Расстройства поведения детского и подросткового возраста

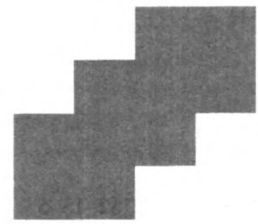
Под редакцией

Джонатана Хилла
и Барбары Моэн

OCR SH GROUP

Расстройства поведения детского и подросткового возраста

Под редакцией
Джонатана Хилла
и
Барбары Моэн



ИЗДАТЕЛЬСТВО
Сфера
КИЕВ 2005

УДК 616.89-008.48-053.6
ББК 56.14
Р24

Переклали з англійської
О. А б е с с о н о в а,
К. М у ж а н о в с ь к и й,
Д. П о л т а в е ц ь,
В. Ш т е н г е л о в

CONDUCT DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE
Edited by
Jonathan Hill
Barbara Maughan
PRINTED IN THE UNITED KINGDOM AT THE UNIVERSITY PRESS, CAMBRIDGE
ISBN 0 521 78639 8 paperback

За загальною редакцією доцента В. Ш т е н г е л о в а

Розлади поведінки дитячого та підліткового віку. — Пер. з англ. / За заг. ред. В. Штенгелова. — К.: Сфера, 2005. — 540 с.
Р24
ISBN 966–8782–13–5.

У книжці наведено вичерпний аналіз аспектів розладу поведінки — і загальновизнаних, і тих, що визначаються в загальних рисах. Її автори, провідні фахівці й дослідники цієї сфери, наголошують на важливості та ймовірній неоднорідності цього розладу В окремих главах ідеться про генетичні, біологічні, нейропсихологічні та когнітивні фактори, а також розглядається роль прихильності, сім'ї і ширшого соціального середовища. Аналізуються вплив різних факторів на стабільність порушень поведінки до й після настання повноліття, а також профілактичні заходи й лікувальні підходи. В останній главі обговорюються сучасні досягнення та перспективи розвитку цього розділу психіатрії

ББК 56.14

Наукове видання

РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

(Російською мовою)

Літературний редактор *Л Логвиненко*
Комп'ютерна верстка *Н Погорєлова*

Підписано до друку 22 10.05 Формат 70×100/16 Папір офсетний Гарнітура Times
Друк офс Ум друк. арк 43,54. Ум фарб -відб. 44,19 Обл -вид арк 43,92

Міжнародний благодійний фонд «Видавництво СФЕРА»
Україна, 04107, м Київ, пров Делегатський, 3
Свідоцтво про внесення у Державний реєстр видавців
ДК № 233 від 07.11.2000 р

© Cambridge University Press, 2001
© О.Абессонова, К.Мужановський, Д.Полтавець, В.Штенгелов, переклад, 2005
© Видавництво «Сфера», художнє оформлення, 2005

ISBN 966–8782–13–5

Содержание

Авторы vii

Предисловие xi

Jonathan Hill и Barbara Maughan

1 «Плохое» поведение: исторический взгляд на расстройства поведения 1

E. Jane Costello и Adrian Angold

2 Может ли изучение «нормального» поведения способствовать пониманию расстройства поведения? 30

Robert A. Hinge

3 Формирование конфликтного и просоциального поведения у детей: результаты исследований по изучению понимания социальных ситуаций и гендерных различий 45

Judy Dunn

4 Мозговые механизмы, лежащие в основе агрессивного поведения 61

Joe Herbert и Manuela Martinez

5 Влияние биологических и социальных факторов на антисоциальное поведение детей и подростков 94

Jonathan Hill

6 Эпидемиология расстройств поведения: проблемы нозологии и коморбидность 115

Adrian Angold и E. Jane Costello

7 Расстройство поведения и окружающая обстановка 154

Barbara Maughan

8 Роль наследственности в развитии расстройства поведения 183
Emily Simonoff

9 Роль нейропсихических нарушений (нарушения деятельности головного мозга) в развитии расстройств поведения 214
Donald R. Lynam и Bill Henry

10 Модель подкрепления при нарушениях поведения у детей и подростков: достижения теории и практики 240
Jeff Kiesner, Thomas J. Dishion и François Poulin

11 Роль процессов восприятия и атрибуции в агрессии и поведенческих нарушениях 265
Gregory S. Pettit, Jodi A. Polaha и Jacquelyn Mize

12 Привязанность и расстройство поведения 290
Michelle DeKlyen и Matthew L. Speltz

13 Друзья, дружеские отношения и поведенческие расстройства 314
Frank Vitaro, Richard E. Tremblay и William M. Bukowski

14 Роль непрерывности и прерывности в процессе развития дезорганизованного поведения, прежде всего его эмоциональной и когнитивной составляющих 344
Rolf Loeber и John Coie

15 Лечение поведенческих расстройств 370
Alan E. Kazdin

16 Профилактика расстройства поведения: обзор успешных и неуспешных экспериментов 408
David LeMarguand, Richard E. Trembley и Frank Vitaro

17 Экономическая оценка и поведенческие расстройства 441
Martin Knapp

18 Дети с антисоциальным поведением, ставшие взрослыми 468
Barbara Maughan и Michael Rutter

19 Расстройство поведения: будущие направления исследований. Послесловие 511
Michael Rutter

Авторы

Adrian Angold
Developmental Epidemiology Program
Box 3454, Duke University Medical Center
Durham NC 27710, USA

William M. Bukowski
Department of Psychology
Concordia University
PY 170
7141 Sherbrooke Way
Montreal, Quebec
Canada H4B 1R6

John Coie
Department of Psychology
Social and Health Sciences
Duke University
Durham NC 22710, USA

E.Jane Costello
Developmental Epidemiology Program
Box 3454, Duke University Medical Center
Durham NC 27710, USA

Michelle DeKlyen
Children's Hospital and Regional Medical Center
4800 Sand Point Way
POBox 5371, Seattle
Washington 98105-0371, USA

Thomas J. Dishion
Oregon Social Learning Center
207 East 5th Avenue
Suite 202, Eugene
Oregon 97401, USA

Judy Dunn
Social, Genetic and Developmental
Psychiatry Research Centre
Institute of Psychiatry
111 Denmark Hill
London SE5 8AF, UK

Bill Henry
Department of Psychology
Colby College
Waterville ME 04901, USA

Joe Herbert
Department of Anatomy
University of Cambridge
Downing Street
Cambridge CB2 3DY, UK

Jonathan Hill
University Child Mental Health Unit
Mulberry House
Royal Liverpool Children's Hospital
Alder Hey, Eaton Road,
Liverpool L12 2AP, UK

Robert A. Hinde
St John's College
Cambridge CB2 1TP, UK

Alan E. Kazdin
Department of Psychology
Yale University
PO Box 208205
New Haven
Connecticut
06520-8205, USA

Jeff Kiesner
Dipartimento di Psicologia dello
Sviluppo e della Socializzazione
Universita degli Studi di Padova
via Venezias
35131 Padova
Italy

Martin Knapp
Centre for the Economics of Mental Health
Institute of Psychiatry
7 Windsor Walk
Denmark Hill
London SE5 8BB, UK

David LeMarquand
Rehabilitation and Forensic Programs
North Bay Psychiatric Hospital
4700 Highway 11 North
PO Box 3010
North Bay, ON
P1B8L1, Canada

Rolf Loeber
Life History Studies
Western Psychiatric Institute and Clinic
3811 O'Hara Street
Pittsburgh PA 15213, USA

Donald R. Lynam
Department of Psychology
College of Arts and Sciences
University of Kentucky
115 Kastle Hall, Lexington
Kentucky 40506-0044, USA

Manuela Martinez
Area of Psychobiology
Faculty of Psychology
University of Valencia, Spain

Barbara Maughan
Social, Genetic and Developmental
Psychiatry Research Centre
Institute of Psychiatry
111 Denmark Hill
London SE5 8AF, UK

Jacquelyn Mize
Human Development and Family Studies
School of Human Sciences
Auburn University
AL 36849, USA

Gregory S. Pettit
Human Development and Family Studies
School of Human Sciences
Auburn University
AL 36849, USA

Jodi A. Polaha
Department of Psychology
Auburn University
AL 36849, USA

François Poulin
Department de Psychologie
Université de Québec à Montréal
Case postale Centre-ville
Montréal
Québec H3C 3P8
Canada

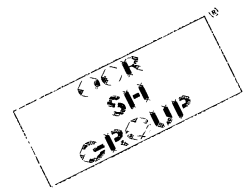
Michael Rutter
Social, Genetic and Developmental
Psychiatry Research Centre
Institute of Psychiatry
111 Denmark Hill
London SE5 8AF, UK

Emily Simonoff
Department of Child and Adolescent
Psychiatry and Psychology
Bloomfield Clinic, Guy's Hospital
St Thomas Street
London SE1 9RT, UK

Matthew L. Speltz
Children's Hospital and Medical Center
4800 Sand Point Way
PO Box C5371, Seattle
Washington 98105, USA

Richard E. Tremblay
Research Unit on Children's Psychosocial
Maladjustment
3050 Edouard-Montpetit Blvd
CP6128, Succ. Centre-Ville
Montreal, Quebec, H3C 3J7
Canada

Frank Vitaro
Research Unit on Children's Psychosocial
Maladjustment
3050 Edouard-Montpetit Blvd
CP6128, Succ. Centre-Ville
Montreal, Quebec, H3C 3J7
Canada



Предисловие

Расстройство поведения представляет собой сложную и недостаточно изученную тему. С одной стороны, может показаться, что протестное поведение и агрессивность, лживость и воровство являются социальными девиациями, а следовательно, здесь мало места для исследований и клинической практики специалистов сферы охраны психического здоровья. Но более глубокое рассмотрение этой темы позволяет сделать другие выводы. Обнаруживается довольно много общих признаков с социальной патологией, но есть и специфические. Кроме того, долговременные последствия нарушения поведения в детстве заключаются не только в продолжающемся антисоциальном поведении, но и в проблемах межличностного функционирования и повышенного риска развития психических расстройств. Расстройства поведения определяются и как общественная, и как индивидуальная проблема, на них влияют не только социальные, но и индивидуальные факторы риска. Только разносторонний подход поможет в их изучении. В этом цель данной книги.

Но если быть более точными, цель этого издания — информировать читателя и вооружить его знаниями. Задача информирования совершенно очевидна. Последующие главы написаны ведущими специалистами в своей области и охватывают широкий спектр теоретических и практических подходов, а также синтезируют и анализируют данные современной литературы в каждой из этих областей. Во вступительных разделах, открывающих обсуждение тематики, излагается история изменения отношения общества к «плохому поведению» в детстве, устанавливается связь между нормальным и аномальным социальным развитием и детализируется современное понимание нейробиологических и биосоциальных основ агрессии и антисоциального поведения. Последующий анализ эпидемиологических данных дает общий фон для восприятия глав, которые посвящены широкому спектру причинных факторов, участвующих в генезе поведенческих проблем детского возраста: генетических и средовых, психологических и нейропсихологических, социальных и межличностных. В заключительных главах рассматриваются более широкие проблемы: механизмы устойчивости антисоциальных форм поведения в детстве; их бремя для личности и для общества, учитывая их последствия для зрелого возраста; новые подходы в применении методов экономики здравоохранения к расстройствам поведения; основные проблемы профилактики и лечения. В заключение Michael Rutter характеризует некоторые современные ключевые проблемы, стоящие перед врачами и исследователями в области нарушений поведения у детей.

Из книги мы узнаем о большом количестве и глубине современных исследований антисоциальных форм поведения в детстве, а также о достигнутых за последние годы значительных успехах в нашем понимании нарушений поведения. Однако многие фундаментальные вопросы остаются нерешенными. Поэтому следует относиться к новым

данным как критически, так и творчески. Вторая основная цель этой книги — вооружить читателя для того, чтобы он мог применять этот подход, в связи с чем рассматривается несколько более общих проблем.

Первая из них касается природы феноменов, которые мы пытаемся изучить. В современном понимании расстройства поведения почти определенно представляют собой неоднородное явление. Диагностические критерии МКБ и DSM охватывают широкий круг нарушений поведения, возникающих в разном возрасте и характеризующихся разными паттернами взаимосвязанных нарушений и коморбидности. Различные механизмы могут определять особенности разных групп населения с расстройствами поведения. Основная проблема заключается в анализе этой неоднородности таким образом, чтобы это принесло реальную пользу как для клинической практики, так и для понимания этиологии. Отдельные разделы иллюстрируют разнообразные подходы к этим вопросам. Например, мы, по-видимому, должны сосредоточить внимание на типах агрессивного поведения, объясняя их различную мотивацию (Hinde, глава 2) и лежащие в их основе нейробиологические механизмы (Herbert & Martinez, глава 4). С другой стороны, основные различия могут определяться между скрытыми и явными (открытыми) поступками (Loeber & Coie, глава 14) и между нарушениями, которые возникают на разных стадиях развития или проявляются в разных вариантах коморбидности (Angold & Costello, глава 6). Однако возможны доводы для более широкого взгляда на нарушения поведения. Отдаленные последствия нарушений поведения в детстве связаны не только с антисоциальным поведением, но и с более широким комплексом проблем: трудности во взаимоотношениях, риск развития психических расстройств и трудности выполнения социальных ролей (Maughan & Rutter, глава 18). Может быть, необходимо давать такую же широкую характеристику проблем антисоциального поведения в детстве? Например, трудности в отношениях со сверстниками часто сочетаются с расстройствами поведения в детстве, хотя природа такого сочетания сложная (Vitaro *et al.*, глава 13); комбинация нарушений поведения и трудностей социального взаимодействия может быть ранним предвестником комплекса нарушений, которые характеризуются как антисоциальное расстройство личности зрелого возраста. Изучение вклада этих и других особенностей в решение вопроса выделения клинически значимых разновидностей расстройства должно стать одной из основных тем будущих научных исследований.

Вторая основная проблема касается биологического, психологического и социального влияния при нарушениях поведения в детстве. В большинстве глав, посвященных индивидуальным факторам риска, характеризуются их возможные причинные механизмы в конкретных сферах. Но мы хотели, чтобы не оставался неосвещенным вопрос взаимодействия этих факторов. Хотя по-прежнему мы не знаем многих деталей, общие принципы известны. Самое главное, исследования показывают, что головной мозг является социальным органом, и поэтому нет смысла отделять «биологическое» от «социального». С рождения ребенок нуждается в социальных стимулах, и агрессия входит в репертуар социальных форм поведения у всех детей. Как подчеркивают Herbert и Martinez (глава 4), нейробиологические основы агрессивного поведения различаются в зависимости от того, каковы социальные функции этого поведения. Более того, нервная система, психологические процессы и социальные стимулы постоянно взаимодействуют. Развитие головного мозга происходит при взаимодействии генетически запрограммированных процессов и социального опыта, каждый из этих элементов при-

водит к кратковременным и долговременным последствиям (Hill, глава 5). Тестостерон может обусловливать агрессивное поведение, и в то же время на него влияют модели социального доминирования. Стрессовые ситуации в раннем возрасте могут отражаться и на нейроэндокринной системе, и на социальных когнитивных процессах, и на формировании привязанности. Аналогичным образом генетические исследования свидетельствуют о том, что нарушения поведения связаны не только с наследственностью (Simonoff, глава 8), но и со сложным взаимодействием генетических и средовых факторов (Maughan, глава 7).

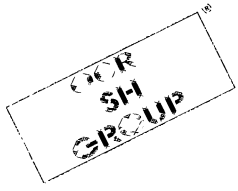
Многие из наиболее содержательных современных исследований освещают конкретные механизмы социального влияния на развитие антисоциальных форм поведения у детей. Как подчеркивает Dunn (глава 3), научение преодолению конфликтов представляет собой важную задачу для всех детей в период развития при одновременном повышении уровня социального осознания. Как происходят ошибки при решении этих задач у детей с нарушениями поведения? На уровне индивида основными факторами уязвимости скорее всего являются нейропсихологические нарушения, особенно недостаточность вербальных навыков, навыков планирования и самоконтроля (Lynam & Henry, глава 9). С точки зрения социальных процессов современные исследования подчеркивают роль социального подкрепления (Kiesner *et al.*, глава 10), социальных когнитивных процессов (Pettit *et al.*, глава 11) и процессов привязанности (DeKlyen & Speltz, глава 12). Каждый из этих факторов может активировать другие. Результаты исследования роли микросоциальных процессов в подкреплении отклоняющихся форм поведения в работах Kiesner и соавторов еще больше раскрываются в свете социальных когнитивных процессов, описанных Pettit. Научные исследования, посвященные проблеме подкрепления, показали, что негативное отношение сверстников, сибсов или родителей может повысить вероятность агрессивного поведения ребенка; в свою очередь, агрессивные формы поведения ребенка повышают вероятность появления новых форм агрессивного отношения окружающих, образуя навязанные циклы. И агрессивные дети, особенно те, с которыми жестоко обращались, более склонны усматривать угрозу в действиях окружающих. Социальные и индивидуальные факторы риска находятся в постоянном взаимодействии и способствуют, как указывают Loeber и Coie (глава 14), не только раннему появлению нарушений поведения, но и устойчивости их в течение жизни.

В этой и других областях, касающихся нормального и отклоняющегося развития, необходима надлежащая подготовка для того, чтобы интерпретировать данные научных исследований. Хотя это выходит за рамки задач книги такого содержания и объема — подробно излагать методологические проблемы, — все авторы отмечают достоинства и ограничения основных исследований, которые они обсуждают. Репрезентативность и размер выборок, возможные систематические ошибки, методы оценки, сила корреляций и результаты повторных анализов — все это упоминается, если подобная информация важна для интерпретации данных, и все рассматривается как важный элемент развития научных методов. Для того чтобы решать конкретные сложные проблемы, важно разработать соответствующую совершенную методологию; поэтому ключевые методологические проблемы освещаются в разных разделах книги.

Четвертой главной проблемой является взаимодействие между научными исследованиями и практикой. Для тех, кто ежедневно работает с детьми с расстройствами поведения и кто хочет помочь им справиться с проблемами, проверка качества современ-

ных теоретических подходов должна основываться на их способности информировать и улучшать наше отношение к детям с расстройствами поведения и к их родителям. В прошлом расстройства поведения часто считали наиболее устойчивыми к медицинским вмешательствам в детском возрасте, при которых у специалистов было мало средств воздействия. Как отмечают Kazdin (глава 15) в отношении лечения, а также LeMarquand с соавторами (глава 16) в отношении профилактики, эта ситуация постепенно улучшается. Сегодня мы можем предложить многообещающие методы лечения, а тщательный повторный анализ литературы, посвященный вопросам профилактики, наряду с новыми данными обширных исследований, также позволяет наметить эффективные подходы в этой сфере. По мнению этих авторов, задачи оценки вмешательств и развития теории должны сочетаться и дополнять друг друга. В преддверии нового тысячелетия мы находимся накануне крупных открытий как в нашем понимании расстройств поведения у детей, так и в методах лечения; в этой книге описываются важные шаги, предпринимаемые в этом направлении.

Jonathan Hill и Barbara Maughan



1

«Плохое» поведение: исторический взгляд на расстройства поведения

E. Jane Costello и Adrian Angold

Введение

Расстройства поведения в течение многих столетий составляют самую давнюю диагностическую категорию, используемую в современной детской психиатрии. Задолго до того как зародились психиатрия и психология, люди пытались решить, как поступать с детьми, которые выходят из-под контроля. Нас до сих пор беспокоит эта проблема. Более того, мы по-прежнему озабочены по поводу тех же вопросов, которые волновали людей много веков в отношении детей с нарушениями поведения. Эти вопросы разделяются на три группы, имеющие некоторые общие элементы.

Взаимодействие между семьей и государством в вопросах контроля над поведением детей.

Может ли государство контролировать отношение родителей к детям?

Может ли государство признавать родителей ответственными за поведение детей?

Каковы обязанности государства в воспитании детей, включая и тех, чьи семьи не могут контролировать их поведение?

Формирование персональной ответственности.

Что позволяет осуждать тот или иной поступок? Сам поступок или намерения, лежащие в его основе?

В каком возрасте или на какой стадии развития индивид должен нести ответственность за свои поступки? Представляет ли ответственность явление типа «все или ничего» или она имеет разные градации? Различается ли персональная ответственность в зависимости от природы поступка?

Следует ли применять санкции к одинаковым формам поведения в любом возрасте или есть «статусные правонарушения», за которые наказывают только детей?

Участие соответствующих государственных организаций, которые занимаются детьми с неуправляемым поведением.

При каких обстоятельствах ответственность за детей с неуправляемым поведением несут семья, правоохранительная система, религиозные организации, система образования, система социальной помощи и система здравоохранения?

Каким должен быть удельный вес мероприятий по профилактике, восстановлению, сдерживанию и исправлению в работе этих организаций с детьми с неуправляемым поведением?

В первом разделе этой главы мы приводим краткий исторический обзор путей решения этих вопросов в разных сообществах. Анализируя более чем трехтысячный период времени и бесчисленные попытки урегулировать социальное поведене людей, можно выделить пять имеющих некоторые общие черты подходов к тому, как обращаться с детьми с девиантным поведением: религиозный (девиантное поведение как грех), юридический (девиантное поведение как преступление), медицинский (девиантное поведение, как болезнь), социальный (девиантное поведение как реакция на окружение) и образовательный (девиантное поведение, как невежество). Учитывая ограниченные рамки данной главы, мы сосредоточимся на первых трех подходах и обсудим, как с их помощью пытались ответить на вопросы, подобные перечисленным выше. И наконец, мы предложим другой подход к изучению расстройств поведения, а именно эволюционно-психологический, который учитывает два основных компонента расстройства поведения — лживость и агрессию — в свете факторов естественного отбора, влиявших на наш биологический вид в течение последних пяти миллионов лет.

Несколько слов о терминологии

Приведем слова August Aichhorn, который первым применил теорию и методы психоанализа к детям с неуправляемым поведением: «Строгое определение или отграничение этих групп затруднено, потому что наблюдается тенденция к их слиянию, но эти случаи вам знакомы из ежедневных наблюдений, вы встречаете их в практике социальной работы, в детской психиатрической клинике, в судах для несовершеннолетних и в других подобных обстоятельствах» (Aichhorn, 1935, с. 4). В данной главе мы используем большое количество разнообразных терминов для описания «плохих» детей — вышедшие из-под контроля (неуправляемые), неисправимые, делинквентные, девиантные, беспризорные, сбившиеся с пути, диссоциальные — в зависимости от исторического периода и контекста. История собственно «расстройства поведения» охватывает последние несколько десятилетий, когда этот термин был принят в классификациях МКБ и DSM для обозначения подгруппы форм неуправляемого поведения.

Отношения между семьей и государством в вопросах контроля над поведением детей

Первые письменные свидетельства

Некоторые из самых ранних документов по вопросам контроля над нежелательными формами поведения взрослых или детей свидетельствуют о том, что ответственность возлагалась на конкретного человека или на семью, без каких-либо возможностей или попыток вмешательства извне. Например, в «Илиаде», написанной примерно в 800 году до новой эры, упоминается о том, как Агамемнон похитил любимую пленницу Ахилла Брисеиду; Ахиллу самому удалось заставить Агамемнона возвратить пленницу. Хотя старейшины и пытались повлиять на Агамемнона, они не могли применить силу или закон — не существовало закона, регулирующего такие формы поведения, и не было специальных органов исполнения наказания (Mackenzie, 1981). Даже когда органы власти, представленные правителем и позже государством, взяли на себя ответственность за определение преступления и наказания за него, в кодексах права Дракона и Солона, установленных в седьмом и шестом веках до новой эры, мы видим, что семья в лице отца имела все полномочия и несла ответственность за воспитание детей.

Однако предоставление родителям права распоряжаться жизнью и смертью детей при их воспитании не означает, что общество не заинтересовано в результатах этого воспитания. Люди понимали — об этом говорят все доступные письменные источники, — что родители, плохо воспитывающие своих детей, представляют опасность для общества. Например, в Индии Будда в шестом веке до нашей эры описал встречу с группой молодых людей, которые были «грубыми, жадными и несдержанными». Он отмечает, что их семьи и друзья постоянно потакали их желаниям, как следствие, они стали заниматься «воровством и обжорством, оскорбляли женщин и девушек своего рода» (Anguttara-Nikaya, III: 63). По мнению Будды, родители должны прививать своим детям навыки правильного поведения.

> «Они должны удерживать ребенка от греха, дать ему профессию, найти подходящую пару, когда придет время, передать ему наследство. В свою очередь ребенок должен осознавать необходимость поддержания семейных традиций и не участвовать в преступлениях, которые опозорят имя не только его, но и всей семьи». [*Sacred Books of the Buddhists*, IV, 181 (цит. по Ratnapala & Ward, 1993)].

Что касается еврейских традиций, то история Авраама и Исаака отражает абсолютную родительскую власть над жизнью и смертью ребенка, а из книги Второзакония *(Deuteronomy)*, написанной примерно в седьмом веке до нашей эры, можно узнать о том, как родители обращались за помощью к государству, чтобы решить проблемы, связанные с воспитанием детей:

> «18. Если в семье упрямый и непослушный сын, который не подчиняется своему отцу и своей матери и не слушает их, когда они сдерживают его;
> 19. Тогда его отец и его мать должны привести его к старейшинам своего города на городскую площадь;
> 20. И они должны сказать старейшинам своего города: «Это наш сын, упрямый и непослушный, он не подчиняется нам, он бездельник и пьяница».

21. И все мужчины города забросают его камнями до смерти: так изгоняется зло из вас; и весь Израиль будет слышать и будет бояться. (*Deuteronomy* 21, 18–21).

Эти тексты, написанные на разных континентах более двух тысяч лет тому назад и, по-видимому, отражающие более древние традиции, служат примером трех основных вопросов, которые постоянно возникали и в дальнейшем: семьи имеют значительную (даже абсолютную) власть над своими детьми, но в то же время несут ответственность за них; остальное население предъявляет определенные требования к тому, как семьи воспитывают своих детей; государство должно вмешиваться, чтобы наказать детей, если родителям не удалось их правильно воспитать.

Англо-американские традиции

Традиция к солидарной ответственности «рода» за преступление, совершенное одним человеком, в английском законодательстве появилась рано. Например, закон из кодекса седьмого века нашей эры гласит:

> «Если кто-то совершил кражу, так что его жена и его дети этого не знают, заставьте его уплатить LX шиллингов в качестве наказания, но если он совершил кражу и об этом знает вся его семья, отдайте их всех в рабство. Мальчик, достигший десятилетнего возраста, может быть наказан за кражу» (Thorpe, 1840, с. 103).

В данном случае десятилетний ребенок рассматривается как взрослый и разделяет ответственность семьи за преступление, если даже оно было совершено взрослым. Однако отношение к ответственности детей изменилось в течение второй половины первого тысячелетия нашей эры. Законы короля Этельстана (десятый век нашей эры) гласят, что вор может быть освобожден под ответственность своей семьи, если она заплатит залог за него, но ребенок до возраста двенадцати лет не подлежит аресту за правонарушения и «лица моложе пятнадцати лет не должны подвергаться аресту, за исключением случаев оказания сопротивления или побега, а также непризнания своей вины», тогда их следует поместить в тюрьму до тех пор, пока их семья не внесет залог (Thorpe, 1840).

Поскольку государство начало наказывать именно виновного, а не полагалось на семью как инструмент контроля поведения, оно было вынуждено работать с делинквентными детьми непосредственно.

Не все прежние законы применялись к расстройству поведения или к делинквентности так, как мы понимаем это сегодня. Например, значительная часть средневековых законов в отношении поведения детей была направлена на то, чтобы усилить власть мастера над своими подмастерьями; большинство этих случаев касаются третейского суда, а не формальных судебных процедур. Мы также встречали записи о детях, обвиненных в ереси и колдовстве, и в таких случаях они не имели никакой защиты. Например, уже в 1716 году одиннадцатилетняя девочка Elizabeth Hicks была казнена за колдовство. Но многих молодых людей привлекали к суду за неправильное поведение, как мы понимаем его сегодня, и суды должны были решать, что с ними делать и кто должен нести ответственность за преступление.

Развитие концепции персональной ответственности

Платон: ответственность и виновность

Учение Платона, которое лежит в основе одного из направлений западного учения о морали, представляет собой один из первых и все еще один из наиболее разработанных анализов связи между нанесением ущерба и возникновением уголовной ответственности. Если английское законодательство определяет уголовную ответственность исходя из преступных намерений (*mens rea*), то Платон проводит кардинальное разграничение между ответственностью и виновностью. Никто не совершает ошибок преднамеренно (*Laws, Book* 9), однако мы несем ответственность за наши действия (*Gorgias, 467*). Люди, даже маленькие дети, ответственны за любой ущерб, который они наносят, и этот ущерб должен быть возмещен, даже если он был неумышленным или его нанес маленький ребенок. Однако виновность — это совсем другое понятие, касающееся наклонностей. В принципе, Платон видел отличие хорошего человека от преступника как отличие наклонностей, а не действий. Он выделяет три источника преступных наклонностей: преступление как неведение (например, в книге *Republic*); преступление как психическое расстройство (*Laws*) и преступление как болезнь (*Timaeus*). Однако он не имеет в виду, что преступник намерен или желает нанести ущерб; скорее преступник действует, не зная своих лучших интересов, а поэтому вопреки своим истинным желаниям (Mackenzie, 1981). Следовательно, вместо того, чтобы требовать наказания, закон должен принять решение (1) установить соответствующее возмещение за нанесенный ущерб и (2) изменить наклонности правонарушителя путем воспитания и подкрепления (*Laws*).

Взгляды Платона на делинквентное поведение отразились в истории отношения к расстройствам поведения у детей. Это отношение включает неоднократные попытки уйти от наказания к реагированию на отклоняющееся поведение детей как проявление дурных наклонностей, и поэтому считалось, что ребенка необходимо учить, лечить или руководить им. Попытки относиться к отклоняющемуся поведению детей как к проявлению невежества, которое может быть исправлено воспитанием, предпринимались начиная с шестнадцатого века. Мнение Платона о том, что часть преступлений вызвана психическими расстройствами, отражено в многовековых попытках использовать моральные кодексы, в частности религиозные, чтобы направлять детей на хорошие поступки. Выделяемая Платоном связь между болезнью и отклоняющимся поведением также отразилась на истории учения о расстройствах поведения, в частности, в прошлом веке, когда медицина и психология объединились в попытках их лечения. Интересно, что, как Платон не ответил на вопрос, какую модель или метафору для отклоняющегося поведения он считает наиболее полной, так и сейчас мы все еще колеблемся между религиозной, правовой, образовательной и психиатрической моделями происхождения и лечения расстройств поведения у детей.

Закон и уголовная ответственность

Различия, которые выделял Платон между ответственностью и виновностью, не закрепились в англо-американских законодательных системах, которые уже много столетий все еще решают вопрос, в каком возрасте или на какой стадии развития люди

могут быть признаны ответственными за свои поступки. Судебный отчет времен Генриха VIII позволяет нам узнать, как люди решали эту проблему в прошлом:

> «Этого года 29 января (1537/8) в Вестминстере во второй половине дня был задержан мальчик-слуга, который украл у своего хозяина господина Culpepers, члена Королевской палаты, кошелек с 11 фунтами стерлингов и с драгоценностями Короны и за это был приговорен к смерти; но на следующее утро, когда его привели на место казни... и когда палач готовился убрать лестницу из-под виселицы, Король помиловал вышеупомянутого мальчика. Так он был спасен от смерти к великой радости всех присутствующих (*Charles Wriothesley*, Hamilton, 1894, с. 73).

Интересно то, что хотя никто не оспаривал справедливость наказания этого мальчика и нет данных о том, что не он был ответственным за кражу, однако его помилование сопровождалось «великой радостью всех присутствующих». Как видим, законодательство десятого века освобождало детей моложе двенадцати лет от наказания за кражу, а детей моложе пятнадцати лет — от смертной казни, даже если было доказано, что они совершили правонарушение, которое в таком случае не признавалось преступлением. В течение многих веков в кругах юристов велась борьба с целью утвердить эту тенденцию в отношении несовершеннолетних правонарушителей. Эта ситуация заставляла писателей обсуждать основные философские принципы законодательства и его отношение к природе ответственности человека.

Сэр Edward Coke (в конце шестнадцатого века он был генеральным прокурором Англии) считал, что до четырнадцатилетнего возраста детей не следует наказывать так, как взрослых, по принципу *actus non fecit reum, nisi mens sit rea*: поступок не делает человека виновным, если его намерения не содержат вины, и ребенок характеризуется как *non compos mentis* и поэтому не виновен (Thomas, 1826). В то же время в наставлении для мирового суда отмечалось, что любой человек в возрасте восьми лет или старше, который совершил убийство, должен быть повешен, «если окажется (из сокрытия факта убийства человека, или оправдания этого поступка, или из других действий), что он мог отличить добро от зла и знал об опасности своего поступка.., но ребенок такого юного возраста, у которого не хватает осмотрительности или достаточного понимания ситуации, если он совершает убийство, то не несет за него ответственности» (Brydall, 1635). С другой стороны, если ребенок убил человека, к которому он должен относиться с «почитанием, заботой и подчинением», например одного из родителей, хозяина или хозяйку, такое преступление (*Petie Treason*) считалось более тяжелым, чем обычное убийство, «с учетом нарушения естественного долга» и наказывалось повешением (мальчиков) и сожжением заживо (девочек) (Brydall, 1635). Эта проблема, связанная с тем, что закон относится к детям иногда менее строго, а иногда более строго, чем к взрослым, будет еще обсуждаться в данном обзоре. Однако в целом юристам советывали считать детей в возрасте до 14 лет «слабоумными, ... идиотами, психически больными, немыми и глухими от рождения...» и признавать их *non compos mentis*, если не доказано обратное (Brydall, 1635). Другая широко упоминавшаяся причина, по которой детей нельзя наказывать наравне с взрослыми, заключалась в том, что целью наказания было предотвращение совершения подобных действий другими людьми. Однако, как утверждалось, психически больные или дети, не достигшие возраста ответственности за свои действия, не могут реагировать на такой пример, а поэтому такое наказание бесполезно (Brydall, 1635).

Взгляды на ответственность детей существенно не менялись до середины девятнадцатого века, когда сэр William Blackstone написал в своих комментариях к законодательству Англии (*Commentaries on the Laws of England)*:

> «Дети, не достигшие совершеннолетия, не должны подвергаться никакому уголовному преследованию ни при каких обстоятельствах. В каком возрасте их можно считать совершеннолетними, это определяется по-разному в разных странах... по законам (Англии), как это записано сегодня и было записано со времен Эдуарда Третьего, способность наносить ущерб или адекватно принимать наказание измеряется не столько количеством лет и дней, сколько глубиной понимания и суждения правонарушителей. Потому что один ребенок в одиннадцать лет может быть таким же сообразительным, как другой в четырнадцать; и в таких случаях наш подход исходит из того, что *malitia supplet aetatem* (хитрость добавляет года). Действительно, до семилетнего возраста ребенок не может быть виновным в преступлении, потому что в этот период преступные намерения почти невозможны; ...до четырнадцати лет, хотя ребенок по первому впечатлению *(prima facie)* является *doli incapax* (не способным нанести ущерб), однако, если суд посчитает, что он был способен нанести ущерб *(doli capax)* и мог отличить хорошее от плохого, он может быть осужден и приговорен к смерти... Но во всех подобных случаях доказательства этой хитрости, которая увеличивает возраст, должны быть убедительными и не должны вызывать никаких сомнений и противоречий» (Blackstone, 1857, т. IV, с. 19).

Стоит отметить такую проблему, как установление наличия «преступных наклонностей». Это сложная концепция, включающая мнение общества о том, что представляет собой преступное действие, знания о стадиях развития понимания моральных принципов у конкретного ребенка. По мнению Blackstone, стандартные указания о возрасте как критерии «преступных наклонностей» должны применяться с учетом конкретного случая.

В заключение необходимо отметить, что, решая проблему персональной ответственности, в правовых кодексах в течение многих столетий пытались заложить удовлетворительную основу для того, что, по-видимому, является универсальной тенденцией относиться к детям менее строго, чем к взрослым, совершившим такой же проступок. Действительно, в своих аргументах сторонники реформ в пользу создания судов и исправительных учреждений для несовершеннолетних чаще используют юридический принцип «нуллификации»: судьи постоянно отказываются выносить приговор детям с явно делинквентным поведением, пытаясь уберечь их от попадания в исправительные учреждения для взрослых. Специальная система для несовершеннолетних была единственной возможностью обеспечить адекватное наказание (Parsloe, 1978).

Концепция преступного намерения *(mens rea)* применялась для разработки правил принятия решений вместе с оценкой стадии развития исходя из того, что дети до определенного возраста или стадии развития не способны действовать с преступными намерениями. Однако проблема определения, действовал ли ребенок с преступными намерениями, не нашла удовлетворительного решения. Часто применяется прагматический подход, например учет возраста. Нецелесообразность этого подхода проявляется каждый раз, когда дети совершают особенно ужасающие правонарушения и общественность начинает требовать, чтобы их судили, «как взрослых». Несколько противоречивый аспект состоит в том, что, хотя детей могут не признать «ответственными» за мелкие правонарушения, их персональную ответственность следует признавать, если они совершают действительно ужасающие поступки. Логика этого очень гуманного отноше-

ния не вполне понятна. Платон однозначно решил эту проблему, исключив понятия намерения и разделив ответственность и виновность. Мы все ответственны за наши действия и должны компенсировать ущерб, нанесенный другим людям. Однако виновность — это другое понятие, определяемое неведением, психическим расстройством или болезнью, и она исправляется воспитанием, образованием либо лечением. Прежде чем мы применим некоторые из этих подходов к расстройствам поведения, рассматриваемым в третьем разделе этой главы, мы обратимся к другому аспекту персональной ответственности, порождавшему бесконечные проблемы в течение многих столетий. Что делать с детьми, которые не совершили ничего, чтобы оказаться в поле зрения правоохранительных органов, если бы они были взрослыми, но которые, однако, нарушают общественный порядок.

Бродяжничество и статусные правонарушения несовершеннолетних

Наряду с правовыми проблемами детей, совершающих преступления, существуют проблемы — и предпринимаются попытки решить их — в отношении другой группы детей с неуправляемым поведением — тех, которые раздражают взрослых самим своим существованием.

Отношение общества к детям, занимающимся бродяжничеством, отражено в нижеприведенном отчете, типичном (хотя более поэтичном) для многих официальных рапортов, поданных в 1849 году меру Нью-Йорка начальником городского управления полиции:

> «Я считаю своим долгом обратить внимание Вашей Чести на прискорбное и распространяющиеся бедствие, которое существует в этом районе, ... для которого законы и распоряжения не позволяют принять адекватные меры. Я имею в виду постоянно возрастающее количество беспризорных, праздных и порочных детей обоего пола, которые заполонили центральные улицы города, гостиницы, доки и т. п. Детей, которые растут в распутстве, которых ожидает только жизнь в нищете, позоре и преступлениях и в конечном счете осуждение... тех, чьи занятия и привычки не позволяют их тщательно контролировать, тех, которые ведут унизительную и отвратительную, кажущуюся невероятной, жизнь в школе греха, проституции и вульгарности. Детей никогда не заботящихся о них, обычно жестоких и часто аморальных и бесчестных родителей, ... значительная часть этих беспризорников ежедневно совершают кражи, когда представляется такая возможность, и занимаются попрошайничеством, если не могут украсть. Кроме того, женская часть этой группы детей, которым от восьми до двенадцати лет, занимается аморальными вещами в самой извращенной форме... из этого испорченного и ядовитого источника льется бесконечный поток в наши публичные заведения низшего пошиба — в исправительные дома и тюрьму штата» (Matsell, 1850, с. 14).

Первые административные меры в отношении этой группы детей состояли в том, чтобы забрать их с улицы и вернуть в их семьи или передать на попечение тем людям, которых власти могли убедить принять ответственность за них. С остальными детьми надо было тоже что-то делать, и возникла проблема конкуренции между государственными и частными учреждениями. В опубликованных в это время многочисленных планах, предложениях и рекомендациях в отношении этих детей отразилось общее мнение — относиться к ним как к формирующимся преступникам. Литература этого периода содержит массу предложений о создании исправительных учреждений, психиатричес-

ких больниц, приютов, учреждений для перевоспитания, колоний, сельскохозяйственных предприятий, о насильственном выселении в колонии на всю оставшуюся жизнь. Приведем цитату из одного научного труда, опубликованного в 1829 году:

> «Трудности принятия мер в отношении беспризорных детей в большом городе состоят не столько в назначении соответствующего наказания за действительно делинквентное поведение, сколько в избавлении от наказания остальных, невиновность которых может быть доказана. Однако большинство их проступков и их жалкое положение могут вызывать сожаление. И насколько бы ни были сильны подозрения в их виновности, при отсутствии преступлений, известных правоохранительным органам, к ним неприменимы меры наказания. Сейчас мы начинаем понимать, что поистине гуманным по отношению к этим несчастным созданиям было бы их принудительное и пожизненное выселение из Англии» (Wade, 1829, с. 164).

Конфликт между стремлением защитить детей и в то же время защитить взрослое население от детей нашел отражение в сотнях юридических, социологических и религиозных публикаций за последние 1000 лет; степень прогресса, которого мы достигли в решении этого конфликта, можно оценить по данным последнего обсуждения предложения Newt Gingrich о создании большего количества детских домов как одного из вариантов преодоления нынешнего кризиса в Америке.

Учреждения, которые занимаются детьми с неуправляемым поведением: история последних двух столетий

В течение девятнадцатого века стал заметен постепенный переход к разграничению психически больных и лиц, получивших неправильное воспитание, и к созданию различных учреждений для их размещения: приютов для детей с глубокой умственной отсталостью, детских домов для сирот, работных домов для беспризорных, исправительных домов для лиц, склонных к делинквентному поведению. В ходе этого процесса встал вопрос, кто может или должен взять ответственность за группу детей и подростков с делинквентным поведением или с расстройствами поведения. Этот вопрос активно обсуждался. Одновременно появилось множество специализированных учреждений, в круг интересов которых входило изучение и исправление отклоняющегося поведения детей с применением различных подходов. До середины девятнадцатого века почти никто не зарабатывал на обслуживании детей и подростков с делинквентным поведением; через 150 лет этим заняты тысячи профессионалов. Разные группы специалистов работают с разными типами клиентов: девочками, мальчиками, детьми, злоупотребляющими психоактивными веществами, склонными к насилию, страдающими коморбидными расстройствами, склонными к сексуальному насилию, подвергшимися сексуальному насилию и т. д. Ограниченные рамки данной главы не позволяют проанализировать различные идеи всех воспитателей, социальных работников, психологов, врачей, юристов, священников и других специалистов, которые имеют собственные взгляды на причины и способы исправления отклоняющегося поведения. Поэтому мы сосредоточимся на двух концепциях, которые в настоящее время оказывают огромное влияние на работу с детьми с неуправляемым поведением: юридической и психиатрической.

Расстройство поведения как правонарушение: роль закона

Закон влияет на жизнь детей с отклоняющимся поведением двумя путями: персонально, когда ребенка обвиняют в нарушении конкретных законов с вытекающими отсюда последствиями, и в общем плане, когда принимаемые законы обусловливают отношение к детям в целом, а более конкретно — отношение к детям и подросткам с отклоняющимся поведением.

Как последнее средство, закон продолжает играть основную роль в определении положения детей с отклоняющимся поведением. И если современное определение (DSM) расстройства поведения включает «нарушение социальных норм» или «правил», фактически все перечисленные симптомы при определенных обстоятельствах могут быть нарушением закона со стороны детей (табл. 1.1). Например, кража с применением насилия или без него, принуждение к сексуальным отношениям, применение оружия, ограбление, вандализм, поджоги и жестокое обращение с животными являются нарушениями закона как для детей, так и для взрослых, тогда как жестокое обращение с людьми, драки и обман могут быть нарушениями закона в зависимости от тяжести и обстоятельств. Уходы из дому и прогулы в школе подпадают под определение статусных правонарушений: формы поведения, которые не являются нарушениями закона для взрослых, во многих регионах Соединенных Штатов могут быть основанием для ареста и судебного преследования несовершеннолетних. В некоторых штатах девочки могут попадать в поле зрения правоохранительных органов за поведение, характеризующееся как неразборчивость в сексуальных связях (это не учитывается в определении расстройства поведения согласно DSM), в то же время существуют некоторые формы поведения, которые разрешены законом для взрослых, но запрещены для детей, в частности употребление алкоголя и табака, а также вождение транспортных средств. Таким образом, закон определяет детей с отклоняющимся поведением как не только нарушающих законы для взрослых, но и как нарушающих любое из правил поведения детей.

Таблица 1.1. Формы поведения, вошедшие в раздел «Расстройство поведения» DSM–IV

Агрессия по отношению к людям и животным
- Хулиганство, угрозы, запугивание
- Инициирование драк
- Применение оружия
- Физическая жестокость по отношению к людям
- Физическая жестокость по отношению к животным
- Кражи с применением насилия
- Принуждение к сексуальным отношениям

Нанесение ущерба собственности
- Преднамеренные поджоги
- Преднамеренное разрушение собственности

Лживость или воровство
- Грабеж
- Мошенничество
- Кражи без применения насилия

Серьезные нарушения правил поведения
- Нахождение на улицах ночью
- Уходы из дому
- Прогулы в школе

В течение последних двух столетий суды то относились к детям как к взрослым, то применяли к ним особое отношение, пытаясь предотвратить переход их в группу «профессиональных преступников». Законодательство уделяло особое внимание двум главным аспектам отношения к детям и подросткам с отклоняющимся поведением: как относиться к ним на стадии судебного расследования и что делать с теми, кто признан виновным. В конце девятнадцатого века в англоязычных странах было предпринято много усилий с целью вывести детей из-под юрисдикции общих судов и создать специальные суды для несовершеннолетних. Отдельный суд для несовершеннолетних был создан в штате Аделаида, Австралия, в 1890 году и приблизительно в то же самое время в Англии (в Бирмингеме). Система судов для несовершеннолетних была формально утверждена в Англии и Уэльсе законом, приняты парламентом в 1908 году. В Соединенных Штатах (в штате Массачусетс) процедура отдельного слушания дел детей утверждена в 1870-х годах, но суд в остальном не отличался от общих судов. В штате Иллинойс суд для несовершеннолетних был создан в 1899 году; к 1925 году в каждом штате (кроме штатов Мен и Вайоминг) для несовершеннолетних функционировали суды и имелась (кроме штата Вайоминг) система пробации (Schlossman, 1977).

Более важным, чем создание отдельных материальных и организационных структур, было решение внедрить во многих из этих судов отличающуюся систему судебного рассмотрения, систему, которая бы в большей мере учитывала стадию развития ребенка и была больше направлена на профилактику, чем на наказание. Все штаты США, кроме штата Нью-Йорк, приняли эту «социализированную» модель; суды для несовершеннолетних применяли к детям и подросткам в основном статьи гражданского кодекса, а не уголовного. В Англии и Уэльсе дела детей и подростков слушались в специальных подразделениях мировых судов как по уголовным, так и по гражданским (но не подлежащим суду лорд-канцлера) правонарушениям. Эти суды рассматривали все правонарушения, совершенные лицами в возрасте 7–16 лет, за исключением убийств. При слушании уголовных дел либо ребенок, либо суд могли выбрать процедуру суда присяжных, когда случай передавался в общий суд по уголовным делам. Мировые суды также рассматривали дела бездомных и лишенных надлежащего родительского контроля детей с неуправляемым поведением.

Различия между судами для несовершеннолетних и общими судами интересны с точки зрения выявления отношения судебной системы к детям и подросткам с отклоняющимся поведением. В каком-то смысле дети менее защищены, чем взрослые. Правила обыска и задержания менее строгие; дети могут не иметь права на суд присяжных; правила предоставления доказательств часто более произвольные, приговор может не соответствовать приговору за то же самое правонарушение, совершенное взрослым, как это было в случае пятнадцатилетнего Gerald Gault из Аризоны (в 1960 году его приговорили к шести годам в исправительном учреждении штата за телефонный звонок с нецензурными высказываниями). С другой стороны, правила соблюдения конфиденциальности в отношении детей более строгие, и в большинстве штатов судебные дела засекречиваются после наступления совершеннолетия. За детей нет необходимости платить залог, их могут отпускать под ответственность их родителей. Сотрудники службы пробации и другие работники судебной системы играют важную роль при рассмотрении дел несовершеннолетних, пытаясь найти альтернативные варианты решения дела или добиваться его прекращения, так что дело может и не доходить до суда.

Доктрина «государства-отца»

На отношение к детям с неуправляемым поведением в Англии и Соединенных Штатах в значительной степени влияла общая правовая доктрина «государства-отца» *(parens patriae)*, отражавшая интерес государства к благополучию индивида. Упомянутая доктрина — это концепция, происходящая из гражданского права и основанная на принципах права справедливости. По словам историка Steven Schlossman, это «доктрина с неясным происхождением и значением... (которая) санкционировала право государства или вмешиваться в семейные отношения, или изменять их, если существует угроза благополучию ребенка. Вначале она применялась только в случаях, когда рассматривалось право собственности несовершеннолетних из состоятельных семей, но постепенно эта концепция получила более широкое распространение. В течение девятнадцатого века каждый американский штат узаконил свое право быть опекуном или «сверхродителем» всех несовершеннолетних, что было элементом юридической традиции Великобритании» (Schlossman, 1983, с. 962). Согласно этому принципу штат несет ответственность и за конкретных детей, которые должны быть защищены в случае необходимости даже от своих собственных родителей, и за общество, которое должно быть защищено от ущерба, наносимого отдельными людьми. Важным следствием этого положения является то, что суды для несовершеннолетних, созданные в Соединенных Штатах, руководствуются в основном гражданским, а не уголовным правом. По мнению Schlossman, «суд для несовершеннолетних, по замыслу его создателей, должен быть и школой, и судом — как новое звено общественного воспитания для беспризорных детей и для нерадивых родителей» (Schlossman, 1983, с. 962).

Критические высказывания, сопровождавшие историю развития системы судов для несовершеннолетних как в Британии, так и в Соединенных Штатах, касались противоречий «социального» и «правового» подходов к детям и подросткам с делинквентным поведением. Некоторые специалисты отрицают необходимость особого подхода к несовершеннолетним правонарушителям и требуют судить их так же, как и других людей, совершивших такие же правонарушения: наказание относится к преступлению, а не к человеку. Другие возражают против роли государства как промежуточного звена между ребенком и семьей согласно доктрине «государства-отца». Они усматривают в этом угрозу правам родителей, и многие сомневаются в способности государства решить, когда ему следует вмешиваться или решать проблемы ребенка с помощью эффективных подходов, альтернативных семейному воспитанию. Специалисты с крайними взглядами рассматривают применение доктрины «государства–отца» как схему внедрения контроля общества над всеми детьми страны (*New American,* 1996, Does the State own your child? American Opinion Publishing, Incorporated).

Многие специалисты, высказывающиеся критически по поводу отношения правовой системы к детям с отклоняющимся поведением, утверждают, что по-прежнему сохраняется большое сходство с отношением к взрослым правонарушителям, в то время как различия касаются несущественных аспектов. Так, они считают ошибочным применение состязательного подхода к правонарушениям детей, типичного для англо-американского законодательства (King & Piper, 1995), заявляя, что другой стиль судопроизводства, основанный на европейских моделях расследования (в отличие от состязательного английского подхода), больше подходит для детей. Другие полагают, что спор вокруг доктрины «государства-отца» ведется в неправильном направлении; ос-

новной вопрос не в том, родители или государство имеют больше прав контролировать поведение ребенка, а скорее в удельном весе двух целей доктрины «государства-отца»: помощи конкретному ребенку и социальной защиты населения. Исторически вторая цель преобладает (Faust & Brantingham, 1974). Однако за последние 30 лет предприняты усилия выдвинуть на передний план первую цель с использованием общего принципа законного права на получение помощи. Требования закрепить принцип права на получение помощи предполагают, что доктрина «государства-отца» все больше привносит правовые и медицинские подходы в отношение к отклоняющемуся поведению детей, и в этом процессе возникает вопрос о валидности и юридическом статусе как моделей «лечения», так и существующей судебной практики. Например, если показано, что пребывание в заключении повышает вероятность рецидива правонарушения, обязано ли государство ускорять реформу системы наказаний, которая изменит применяющийся закон на том основании, что это будет лучше для детей? С другой стороны, имеет ли право суд назначать курс лечения, польза которого научно не доказана? (King & Piper, 1995).

Реабилитация вместо наказания

В девятнадцатом веке на реформы законодательства в отношении несовершеннолетних влияли не только отдельные небольшие исследования по изучению биографий осужденных детей, но и теории контагиозности, которые оказали значительное влияние на общественное здравоохранение (Gerry, 1892). В частности, было принято решение отделить детей от взрослых как до, так и после вынесения приговора. В первом десятилетии девятнадцатого века, когда осужденные преступники часто проводили месяцы или годы на старых военных кораблях, использовавшихся как плавучие тюрьмы, ожидая транспортировки, отдельное судно было выделено для мальчиков. Эта «так просто созданная плавучая тюрьма оказалась даже более вредоносной и развращающей, чем такое же место для взрослых» (Harris & Webb, 1987, с. 11). В 1837 году отдельная «учебная тюрьма» для мальчиков в возрасте от 9 до 19 лет была открыта на острове Уайт; ее целью была не замена заключения, а «обучение» мальчиков перед тем, как доставить их в колонии. Эксперимент был прекращен через 26 лет в связи с возмущением общественности его жестокостью и нерациональностью. В Англии в 1854 году был принят закон об исправительной школе, который рекомендовал (но не требовал) создать отдельные учреждения для детей, совершивших правонарушения. Но этот закон предписывал тюремное заключение длительностью 10–21 день в условиях тюрьмы общего типа перед отправкой в исправительную школу, а также пребывание в этой школе в течение двух-шести лет. Только с 1899 года детей стали направлять в исправительные школы, минуя тюрьму. В этом случае тоже видно, что к детям относились более мягко, чем к взрослым, четко устанавливая требования к их образованию и медицинскому обслуживанию, с другой стороны, они теряли некоторые основные права взрослых осужденных, например право на фиксированный срок действия приговора и четко обозначенные права на пробацию и апелляцию. В некоторых случаях, как это предусмотрено в Нью-Йорке и других больших городах (здесь детей, совершивших правонарушения, отправляли работниками на фермы Среднего Запада), «приговор» мог быть действительным до возраста 18 лет (девочки) или 21 года (мальчики). Система отправки английских детей, совершивших правонарушения, в колонии Великобритании может рассматриваться как форма пожизненного наказания.

Расстройство поведения как болезнь: роль медицины и психиатрии

В то время как инициаторы правовых и социальных реформ спорили о том, нуждаются ли дети с отклоняющимся поведением в наказании или в лечении, медики пытались выделить различные формы поведенческих проблем у детей. Первое разграничение было проведено между «имбецилами» и «помешанными» — между детьми с умственным недоразвитием и теми, когнитивное развитие которых было нормальным, но у них наблюдались серьезные эмоциональные или поведенческие нарушения. Врач James Prichard (1786–1848) писал, что «идиотия и имбецильность отмечаются в детстве, а помешательство редко наблюдается до возраста полового созревания» (Prichard, 1837, с. 127). Поддерживая взгляды Pinel, французского психиатра, описавшего «сумасшествие без бреда», Prichard отграничивал моральное помешательство, с одной стороны, от «мании или буйного помешательства...при котором разум полностью нарушен» (с. 16), объясняя ее физическими причинами, такими как судороги, а с другой — от имбецильности или умственной отсталости. Prichard использовал термин «моральное» в смысле, характерном для восемнадцатого века, а именно имеющее отношение к личности или к характеру. Henry Maudsley 30 лет спустя использовал этот термин в значении, которое придавалось ему в девятнадцатом веке, т. е. относящийся к этике и нормам поведения. Он выделял инстинктивное помешательство, описывая его как «аномалии и преувеличение инстинктов и страстей», моральное помешательство — как дефект моральных качеств, в смысле «испорченности в ее крайней степени, которая намного превосходит то, что можно назвать безнравственностью» (с. 89), и моральную имбецильность, характеризовавшуюся «тотальным дефектом моральных качеств с самого рождения, всегда сопровождающуюся агрессивными, безнравственными и преступными действиями (von Gontard, 1988). Опираясь на новые в то время знания об эволюции, Maudsley утверждал, что моральные качества из всех психических способностей человека поражаются болезнью в наибольшей степени, поскольку они локализованы в коре головного мозга, наиболее молодой в эволюционном смысле структуре его: «Прекраснейшие цветы эволюции, тончайшие функции разума поражаются в начале психических расстройств» (Maudsley 1883, с. 244).

Во второй половине девятнадцатого века доминирующей теорией происхождения психических расстройств была генетическая теория: считалось, что наследственность и дегенеративные процессы вызывали заболевание, которое начиналось с едва заметных признаков в раннем детстве, принимало прогрессирующее и необратимое течение и, вероятно, передавалось потомкам, если у больного человека появлялись дети. Даже в случаях, когда непосредственная причина помешательства характеризовалась как моральная, считалось, что «... разные формы помешательства, встречающиеся у детей, ... почти всегда связаны с нервным заболеванием в предшествующих поколениях» (Maudsley, 1879, с. 68).

Типичной для взглядов медицинских специалистов середины девятнадцатого века является книга «Наследственная природа преступности» (*The Hereditary Nature of Crime*), опубликованная в 1870 году врачом тюремной системы Шотландии J. B. Thomson (Thomson, 1870). Он считал, что преступление тесно связано с помешательством (имея в виду в основном его психологические причины) и что его наследственная, необратимая природа дает мало надежды на излечение малолетних преступников, даже при ак-

тивном и раннем лечении; выселение, вероятно, лучший метод защиты общества (снова модель контагиозности).

Это крайне пессимистичный взгляд на будущее детей с делинквентным поведением отдалил медицину и психиатрию от религии (за исключением, возможно, крайних течений кальвинизма), системы образования, социальной работы и права, для которых общим был неугасаемый оптимизм в отношении возможности исправления подобных индивидов тем или иным путем. Это отдаление стало уменьшаться к концу столетия с появлением новых взглядов, источником которых, как ни парадоксально, стала наиболее пессимистическая из психиатрических концепций — психоанализ.

Психоанализ и расстройство поведения

Хотя Sigmund Freud допускал, что у людей есть врожденные или конституциональные черты, он создал то, что его дочь Anna Freud описала как «этиологическую формулу скользящей шкалы внутренних и внешних воздействий: есть люди, чья половая конституция не позволяет развиваться неврозу, если они не имели определенных переживаний и эти переживания не оказывали бы на них травмирующего воздействия, если бы их либидо не способствовало этому» (S. Freud, 1916–17, с. 347, по A. Freud, 1965, с. 520). «Наследственные факторы при патогенном воздействии зависят от случайных влияний, с которыми они взаимодействуют» (A. Freud, 1965, с. 138). Дети, либидо которых предрасполагает к патологии, могут быть спасены или в правильном окружении, или посредством лечения, или при сочетании обоих условий. Таким образом, хотя даже мало выраженные симптомы могут быть угрожающими, прогрессирование патологии не рассматривалось как неизбежность. Anna Freud писала:

> «Эта теория (психоанализ) также эффективно преодолевает концепцию диссоциальности как нозологического образования, которое основано на одной специфической причине — то ли внутренней (например, «психический дефект» или «моральное помешательство»), то ли внешней (например, разрушенные семьи, родительские ссоры, недостаточность родительского внимания, разводы). Если мы откажемся от понятия специфических причин диссоциальности, появится больше возможностей говорить об успешных или о безуспешных попытках измененить тенденции и отношения, характеризующиеся потворством своим желаниям и асоциальностью, которые нормальны для ребенка. Это помогает выделять элементы развития, которые служат причиной патологии, хотя этот вопрос более сложный, недостаточно хорошо определенный и содержащий более широкий спектр возможностей по сравнению с нормальным развитием» (A. Freud, 1965, с. 166–167).

Применение принципов психоанализа к развитию ребенка с первичными нарушениями поведения можно увидеть в его чистой форме в работе August Aichhorn, ученика Sigmund Freud и автора книги *Wayward Youth* (Aichhorn, 1935), в которой описаны случаи детей с делинквентным поведением, собранные в течение первых двадцати лет двадцатого века. Aichhorn, сын банкира, ставшего пекарем, воспитывался в Австрии, в окружении учеников своего отца. Сначала он стал учителем, затем директором учреждения для несовершеннолетних правонарушителей, советником управления работы с детьми города Вены, а потом директором детской психиатрической клиники. При психоаналитическом подходе к делинквентности, говоря словами Aichhorn, «каждый ребенок сначала является асоциальным существом, потому что требует непосредственного удовлетворения примитивных инстинктов, вне зависимости от своего окружения.

Такое поведение, нормальное для маленького ребенка, считается асоциальным или диссоциальным для взрослого» (Aichhorn, 1935, с. 4). Детей рассматривали как изначально «диссоциальных и нуждающихся в воспитании, для того чтобы помочь им приспособиться к требованиям общества. Воспитание завершается только тогда, когда «подавление инстинктивных желаний превращается в истинный отказ от этих желаний» (Aichhorn, 1935, с. 5).

Таким образом, в психоаналитическом подходе к детям с отклоняющимся поведением, который доминирует в детских исправительных клиниках Соединенных Штатов в течение нескольких десятилетий, мы видим объединение образовательных, религиозных и медицинских подходов к делинквентности. Aichhorn характеризует роль психотерапевта как «лечебное воспитание», к которому прибегают при неэффективности стандартных воспитательных методов и которое предусматривает сотрудничество с воспитателями, чтобы сделать ребенка «соответствующим его месту в обществе». Если симптомы делинквентности не определяются преимущественно невротическими механизмами, важно применение педагогических методов в связи с необходимостью нормализации окружения ребенка... (но) в каждом случае воспитатель должен консультироваться с врачом, имеющим психоаналитическую подготовку, для того чтобы не пропустить признаки болезни» (Aichhorn, 1935, с. 9). Неврозы, требующие психоаналитического лечения, были выявлены в некоторых, но не во всех случаях, при их наличии требовалось лечение как элемент того, что сегодня называлось бы мультисистемной терапией.

Современная медицина и расстройство поведения

В данном разделе мы обсуждаем классификационные подходы современной медицины, а не лечение расстройств поведения (этому посвящена другая глава книги). «Расстройства поведения» только недавно введены в медицинские классификации заболеваний. В *Международную классификацию болезней* впервые были включены расстройства нервной системы и органов чувств в ее пятом пересмотре, опубликованном в 1938 году, и тогда это был только один трехзначный год, в который вошли четыре категории. Шестой пересмотр (1948 год) впервые содержал раздел психических расстройств, а восьмой (1965 год) — некоторые категории для обозначения расстройств поведения (табл. 1.2). МКБ–9, опубликованная в исследовательском (1977 год) и клиническом (1978 год) вариантах (World Health Organization, 1978), по сравнению с МКБ–8 значительно расширила группу расстройств поведения, которая стала включать 10 категорий и один V-код (табл. 1.2). МКБ–10 (World Health Organization, 1992) организована по новому, чтобы лучше соответствовать американскому *Диагностическому и статистическому руководству* (American Psychiatric Association, 1994), хотя она ближе к DSM–III–R (American Psychiatric Association, 1987 год), чем к ныне действующей версии 1994 года (DSM–IV), которая содержит гораздо меньше категорий.

Таблица 1.2. Диагнозы расстройств поведения в DSM и МКБ

DSM–II (1968)	307.1, 307.2. Преходящее ситуационное расстройство детского и подросткового возраста
	308.4. Несоциализированная агрессивная реакция детского (или подросткового) возраста
	308.5. Групповая делинквентная реакция детского (или подросткового) возраста
	316.3. Диссоциальное поведение
DSM–III (1980)	309.30. Реакции адаптации детского или подросткового возраста с нарушениями поведения
	309.40. Реакции адаптации детского или подросткового возраста с нарушениями эмоций и поведения
	312.00. Расстройство поведения, недостаточно социализированное, с агрессией
	312.10. Расстройство поведения, недостаточно социализированное, без агрессии
	312.21. Расстройство поведения, социализированное, без агрессии
	312.23. Расстройство поведения, социализированное, с агрессией
	313.81. Оппозиционное расстройство
	V71.02. Антисоциальное поведение детского или подросткового возраста
DSM–III–R (1987)	309.30. Расстройство адаптации с нарушениями поведения
	309.40. Расстройство адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения
	312. Расстройства поведения:
	312.00. Расстройство поведения, замкнутый агрессивный тип
	312.20. Расстройство поведения, групповой тип
	312.90. Расстройство поведения, недифференцированный тип
	313.81. Оппозиционно-вызывающее расстройство
	V71.02. Антисоциальное поведение детского или подросткового возраста
DSM–IV (1994)	309.3. Расстройство адаптации с нарушениями поведения
	309.4. Расстройство адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения
	312.8. Расстройство поведения с началом в детском или подростковом возрасте
	313.81. Оппозиционно-вызывающее расстройство

Окончание табл. 1.2

	312.9. Дезорганизованное расстройство поведения, без дополнительных уточнений
	V71.02. Антисоциальное поведение детского или подросткового возраста
МКБ–8 (1969)	308. Поведенческие расстройства детского возраста
МКБ–9 (1977)	301.3. Агрессивная реакция личности
	301.7. Аморальная личность, асоциальная личность, антисоциальная личность
	309.3. Реакция адаптации с преобладанием нарушения поведения
	309.4. Реакция адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения
	312. Расстройство поведения без дополнительных уточнений в отношении расстройства личности. Расстройство поведения, не классифицируемое в других рубриках:
	312.0. Несоциализированное расстройство поведения
	312.1. Социализированное расстройство поведения
	312.2. Компульсивное расстройство поведения
	312.3. Смешанное расстройство поведения и эмоций, невротическая делинквентность
	314.2. Гиперкинетическое расстройство поведения
	V71.0. Диссоциальное поведение без манифестных психических расстройств
МКБ–10 (1992)	F90.1. Гиперкинетическое расстройство поведения
	F91. Расстройства поведения:
	F91.0. Расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением
	F91.1. Несоциализированное расстройство поведения
	F91.2. Социализированное расстройство поведения
	F91.3. Оппозиционно-вызывающее расстройство
	F91.8. Другие расстройства поведения
	F91.9. Расстройство поведения, неуточненное
	F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций:
	F92.0. Депрессивное расстройство поведения
	F92.8. Другие смешанные расстройства поведения и эмоций
	F92.9. Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

В Соединенных Штатах первой версией *Диагностического и статистического руководства*, в которой упоминалось расстройство поведения, было второе издание (American Psychiatric Association, 1968), выделяющее четыре категории. В следующем издании (American Psychiatric Association, 1980) антисоциальное поведение было разделено на две диагностические группы: оппозиционное расстройство и расстройство поведения. Оппозиционное расстройство было переименовано в оппозиционно-вызывающее расстройство в DSM–IV, которое употребляется и в МКБ–10. Основные аргументы для такого изменения были связаны с тем, что у детей и подростков разного возраста выявлялись разные кластеры симптомов. Симптомы, которые определяют оппозиционно-вызывающее расстройство, — это «негативное, враждебное или вызывающее поведение», тогда как симптомы, относящиеся к расстройству поведения, связаны с формами поведения, нарушающими «основные права других людей или основные, соответствующие возрасту, нормы и правила поведения в обществе».

В течение последних двадцати лет значение и вклад этих медицинских классификаций значительно возросли, чему способствовало, наряду с прочим, следующее: доступность глоссариев и сборников клинических случаев, справочников и других клинических пособий, позволяющих стандартизировать употребление описательных терминов; многоосевые системы классификации, помогающие собирать информацию об интеллектуальном функционировании и этиологических факторах; отдельные версии для использования в клинической и исследовательской работе; растущее влияние (в Соединенных Штатах) регулируемой медицинской помощи, которая все больше ограничивает возможности оказания помощи строго в соответствии с категориями, выделяемыми современной классификацией. В другой главе этой книги мы анализируем последствия использования современных классификаций, на основании которых диагностируется расстройство поведения у детей и подростков. Здесь мы обращаем внимание на одно или два последствия. Во-первых, беря за основу нарушения правил как определяющую характеристику расстройства поведения, авторы современных классификаций фактически исключают из рассмотрения многих девочек, поведение которых подходит под определение статусных нарушений, бродяжничества, непослушания, нарушений моральных принципов или других нарушений, упоминавшихся в более ранних классификациях, обсуждавшихся в этой главе. Во-вторых, определения основываются больше на формах поведения, чем на психическом состоянии или мотивации этих форм поведения. Так, перечень симптомов в DSM–IV (см. табл. 1.1) делится в соответствии с четырьмя типами поведения: агрессия по отношению к людям и животным, (преднамерянное) нанесение ущерба собственности, лживость или воровство, а также серьезные нарушения правил поведения. Приведенные определения и примеры приуменьшают значение концепции преступного намерения (*mens rea*), которая в старой английской правовой системе была критерием наказания ребенка, совершившего правонарушение, карающееся при совершении его совершеннолетним. Еще более интересен факт, что раздел «ассоциированные признаки» расстройства поведения (DSM–IV) содержит следующие замечания:

> «Лица с расстройством поведения могут обладать мало выраженной эмпатией и мало интересоваться чувствами, желаниями и благополучием других людей... Они могут быть черствыми и могут не испытывать адекватных чувств вины или угрызения совести. Бывает трудно определить, является ли раскаяние искренним, потому что такие люди понимают, что, признавая свою вину, можно уменьшить наказание или избежать его» (American Psychiatric Association, 1994, с. 87).

Если следовать терминологии DSM–IV, ребенок с расстройством поведения может быть одновременно виновным — в смысле преступного намерения (как, например, в категории «умышленное повреждение имущества других людей») и патологически не осознающим своей вины — в смысле отсутствия чувства раскаяния. Однако в целом современные классификации соответствуют правовым определениям поступка как основного фактора и отходят от религиозного и психоаналитического подходов, основывавшихся на психическом состоянии, в котором поступок был совершен, а не на самом поступке. Это не значит, что психиатрия не хочет изменить отношение и убеждения детей, многие виды лечения направлены на это. Мы просто подчеркиваем, что авторов недавно опубликованной работы Martian reading DSM–IV, посвященной расстройствам поведения, можно простить за вопрос о том, кого касается эта проблема — врачей или юристов.

Сторонники другого подхода оценивают распределение человеческих качеств с точки зрения статистических или актуарных методов. Относительно мало биологических показателей, касающихся характеристик или черт личности, категориальные, и то или иное количество людей должно находиться в начале и в конце любого распределения. Крайние проявления агрессивности и сотрудничества, доверия и лживости являются факторами риска несоответствия социальным отношениям, при которых большинство людей могут легко выбирать для себя формы поведения из всего спектра распределения. Еще более рискованно иметь крайние значения в распределении более одного признака: агрессивности и лживости (или необоснованного доверия и конформности). Однако такие комбинации встречаются в популяции с определенной степенью вероятности и общество мало что может сделать. Возникает эмпирический вопрос, сочетаются ли эти признаки чаще, чем этого можно ожидать по законам случайности, — в этом случае может сформироваться «синдром либо болезнь (или если рассмотреть противоположный вариант — сочетание признаков, полезных для развития). Например, наши данные о 1400 несовершеннолетних, обследуемых ежегодно в течение четырех лет, показывают, что подростки, которые признают, что часто обманывают других, т. е. лживы, в шесть раз чаще остальных признаются в том, что нередко вступают в драки. Это говорит о синдромальной, а не чисто статистической связи между лживостью и агрессией. Однако это ничего нам не говорит о распределении индивидуальных форм поведения или характеристик. Для решения этой проблемы необходимо еще очень много сделать.

Эволюционная психология и расстройство поведения

В данном разделе мы вкратце прослеживаем историю изучения расстройств поведения до настоящего времени и излагаем некоторые мысли о роли методов эволюционной психологии в исследовании этих расстройств. Эволюционная психология — достаточно новый раздел психологии, которым занимаются антропологи, философы, экономисты и, конечно, психологи. Их объединяет интерес к применению того, что мы знаем об эволюции, для лучшего понимания человеческого поведения, с верой в то, что «существует... общая теория поведения и что основа этой теории — эволюция, в такой же степени и почти таким же образом как эволюция лежит в основе общей теории морфологии» (Roe & Simpson, 1958).

Проблема расстройства поведения является одной из центральных в эволюционной психологии, поскольку расстройство, определяемое как «нарушение социальных норм», поднимает важные вопросы, касающиеся эволюции. Совершенно ясно, что человечество развивалось и до настоящего времени сумело выжить благодаря своей способности жить в социальных группах. Почему же в таком случае отдельные индивиды, которые постоянно нарушают социальные нормы, появляются во всех поколениях, как показывает этот обзор литературы?

Некоторые объясняют это тем, что поведение, невыгодное в одних обстоятельствах, может давать преимущество в других. Пример из области физиологии — интенсивная пигментация кожи, которая защищает от рака кожи в странах с жарким климатом, но повышает риск дефицита витамина Д в регионах, где меньше солнечного света. Поэтому только на минуту давайте посмотрим на отклоняющееся поведение детей не с точки зрения аномалий у них, а с точки зрения адаптации и выживания.

С тех пор как математики, «рассчитав» шансы «гена эгоизма» проявиться во многих поколениях, а также у конкретных индивидов, установили, что при многих обстоятельствах он побеждает с виду парадоксальным образом (Dawkins, 1976; Hamilton, 1964; Paradise & Williams, 1989), внимание было направлено на взаимосвязь между развитием отдельного человека и выживанием в группе. В последнее время эволюционная психология сосредоточила внимание на поведенческих установках, которые кажутся «укоренившимися» в живых существах, особенно в таких сложных, как человек, живущий в социальных группах. Два вида поведения, привлекшие внимание исследователей, очень важны для понимания расстройства поведения: доверие/лживость и сотрудничество/агрессивность. Лживость включает обман, подшучивание, мошенничество, нарушение обязательств, целый ряд «скрытых» (Loeber & Schmaling, 1985) форм антисоциального поведения, перечисленных среди критериев расстройств поведения (см. табл. 1.2). Агрессивное поведение включает «открытые» аспекты расстройства поведения: драки, изнасилование, кражи с применением насилия и т. д. Здесь мы рассматриваем эволюционные аспекты этих форм поведения отдельно, хотя, конечно, они могут сосуществовать в поведенческих комплексах (например, терроризм).

Доверие и обман

Доверие — это «такая же жизненно важная форма социального капитала, как деньги — форма финансового капитала» (Ridley, 1996, с. 250). Невозможно себе представить организацию общества без наличия доверия, и, как считает Ridley, общество с низким уровнем доверия функционирует гораздо хуже в экономическом и социальном плане по сравнению с обществами, в которых закреплены твердые нормы, поощряющие доверие и сотрудничество. Однако пользуясь доверием других людей для похищения их собственности или невыполнения обещаний, преступники часто получают доход. В таком случае как с точки зрения эволюции мы должны рассматривать обман — как форму поведения, которая явно имеет полезные для выживания индивида признаки, но вредит группе? И наоборот, мы можем видеть, что общества, в которых никто никому не доверяет, быстро распадаются (даже если многим людям фактически можно было доверять), почему же эволюция человечества не привела к полному взаимному доверию? Если это важно для жизни общества, почему все мы иногда обманываем и почему некоторые люди, часто прибегающие к обману, выживают и процветают?

В исследованиях на эту тему в качестве парадигмы использована «дилемма заключенного» из теории игр, впервые описанная Albert Tucker в 1950 году. Основная схема этой проблемы изображена на рис. 1.1. Два человека, обвиненные в серьезном преступлении (хотя в действительности они его не совершили), допрашиваются по отдельности. Они знают, что, если ни один из них не признается, доказательств достаточно для их обвинения только в нетяжком преступлении, которое предусматривает небольшой срок заключения. Если оба признаются, то оба будут осуждены за тяжкое преступление. Если признается один, его освободят, а другой будет наказан очень строго за тяжкое преступление и за отказ от признания. Что должен делать каждый из них? Доверять своему сообщнику и молчать или признаваться, предполагая, что сообщник поступит так же? Если преступники даже знали правила игры и договорились до своего ареста, что они будут молчать, стоит ли так поступать или преимущества будет иметь тот из них, кто признается первым? При первой постановке этих вопросов проблема доверия представлялась важной, потому что исследования показывали, что, если каждый играл сам за себя, несомненно, доверие было невыгодной стратегией, а измена — всегда выигрышной. Однако многочисленные исследования с применением компьютерного моделирования при более реалистических предпосылках о том, что люди встречаются с такими ситуациями неоднократно, показали, что стратегия, выигрышная в одном случае, не остается таковой, если у игроков есть достаточно времени для того, чтобы узнать друг друга и выяснить, кто обманывает, а кто нет. При длительно продолжающейся игре наиболее выигрышная стратегия для любого из игроков названа «выиграл — продолжай / проиграл — меняй», или «Павлов» (Nowak *et al.*, 1995). Эта стратегия требует, чтобы игрок вел себя правильно в первых раундах игры (т. е. не обманывал), а затем в случае обмана со стороны второго игрока поступал по отношению к нему так же, как и он. Единственный вариант, когда постоянная измена своему напарнику оказывается выгодной, если он постоянно и наивно отказывается обманывать несмотря на то, что вы это делаете. В этом случае совершенно очевидно, что есть смысл обманывать каждый раз, так как это не приносит никакого вреда. Исследования с использованием компьютерной модели показали, что стратегия «Павлов» — комбинация порядочного поведения, прощения случайных ошибок, настойчивого повторения действий соучастника при его постоянном обмане и готовность победить «простака» — приносит больший успех в течение длительной игры, в отличие от стратегии постоянного обмана или благородного отказа предать соучастника. Таким образом, когда смоделированные сообщества, которые руководствуются разными правилами, противопоставлены одно другому в течение многих «поколений», выживают те из них, кто использует стратегию «Павлов» (Nowak и *et al.*, 1995).

		Заключенный Y	
		Признание	Молчание
Заключенный X	Признание	5 лет каждому	0 лет для X и 20 лет для Y
	Молчание	20 лет для X и 0 лет для Y	Один год каждому

Рис. 1.1. Схема «дилеммы заключенного»

На вопрос о том, почему естественный отбор не истребил обман в жизни человечества, можно ответить, опираясь на основную концепцию эволюционной теории — соотношение случайных мутаций и частоты соответствующего признака. В мире честных людей единственный случайно появившийся обманщик будет выигрывать каждый раз, потому что для честных людей поддержание когнитивных способностей, необходимых для выявления обманщиков и победы над ними, ранее не имело преимуществ в плане эволюции и эти способности не развивались либо они исчезли, а следовательно, общество осталось беззащитным перед лицом обманщиков. Таким образом, общество честных людей победят обманщики, которые, однако, не способны поддерживать структуру общества, необходимую для выживания, потому что они не могут доверять другим и им не могут доверять другие. Исследования с использованием моделей показывают, что социальные группы нуждаются в определенном количестве и хороших людей, и обманщиков, чтобы поддерживать рациональное и стабильное равновесие (Frank, 1988).

Как могли социальные существа, такие как люди, развить способность жить в группах, состоящих из честных и нечестных людей и даже людей, которые иногда честные, а иногда нечестные? Система может работать только при условии, если люди в большинстве случаев способны выявить обман и склонны наказывать обманщиков или лишать их поддержки. Это наводит на мысль, что у людей должны были развиться определенные психические способности: память для фиксации разных человеческих качеств, способность сигнализировать и реагировать в случаях честного и нечестного поведения, а также система вознаграждения, которая делает доверие выгодным, даже если честное поведение приводит к отдельным кратковременным потерям.

Специалисты в области эволюционной психологии считают, что эти способности входят в набор основных отличительных характеристик человеческого мозга (Barkow *et al.*, 1992; Frank *et al.*, 1993). Эволюционная психология показала, что новорожденные дети узнают человеческие лица и отличают их от других таких же сложных стимулов уже в возрасте нескольких дней (Bower, 1974; Cole, 1998; Kagan, 1984). К возрасту семи или восьми месяцев они не только различают разных людей, но также проявляют недовольство при разлуке с людьми, которые за ними ухаживают, и при появлении менее знакомых людей. Это говорит о том, что память на отдельные лица и связанное с этим чувство доверия развиваются очень рано (Kagan, 1984). Сравнительные исследования на животных показывают, что способность узнавать других представителей своего вида среди большого количества сильно коррелирует с развитием неокортикальных отделов головного мозга (Ridley, 1996). Высказано предположение (Cosmides & Tooby, 1992), что особое развитие неокортекса у людей может быть в значительной степени связано с необходимостью узнавать и фиксировать характеристики большого количества людей.

Мы не только можем различать разных людей, но и быстро научаемся много узнавать об их эмоциональном состоянии. Самые первые работы по эволюционной биологии — это исследования Дарвина, посвященные изучению выражений лица и их связи с эмоциями (Darwin, 1872). Он считал, что одно и то же выражение лица имеет одно и то же значение (страх, злость, удивление) во всех обществах, и обратил внимание, что многие мышечные группы, ответственные за мимические проявления такого рода, очень плохо поддаются произвольному контролю, поэтому выражение лица часто выдает наши чувства более заметно, чем мы бы этого хотели. Как подчеркивает Дарвин, трудно было бы объяснить, почему у человека так много мимических мышц и такая тесная связь

между их функцией и эмоциональным состоянием, если бы у такой сложной системы не было определенных преимуществ с точки зрения эволюции.

Экономист Robert Frank (Frank, 1988) привел доводы, объясняющие эти данные, и предположил, что эмоции представляют собой систему вознаграждения и наказания, которая позволяет нам переносить кратковременные потери, связанные с тем, что нас обманули, когда мы вели себя честно, или с тем, что мы вели себя честно, когда никто не увидел бы, если бы мы поступили нечестно. Эмоции быстро показывают нам, как бы мы себя чувствовали, если бы нам надо было сделать то, чего мы еще не делали, используя накопленный запас знаний о том, как мы себя чувствовали, когда делали что-нибудь подобное. Эмоции позволяют нам справляться с «дискредитирующими» факторами, которые делают отдаленное во времени вознаграждение менее привлекательным, чем не такое большое, но получаемое «здесь и сейчас» (Rogers, 1994). Они также позволяют нам знать, как чувствует себя другой человек, если мы обманываем или поступаем честно. Такого рода эмпатия приводит к развитию чувства вины и стыда, которые могут запускаться даже формами поведения, дающими непосредственное материальное вознаграждение, но в остальном отношении имеющими все признаки рациональных. Frank считает, что:

> «Эмоции часто становятся важным мотивом иррационального поведения. Получены многочисленные доказательства, подтверждающие, что влияние эмоций лежит в основе нашей неспособности добиться максимального успеха (т. е. вести себя «рационально» с точки зрения вознаграждения или опасности, возможность которых существует в данное время). Специалисты в области эволюционной психологии считают, что моральное поведение формируется одновременно с созреванием специфических эмоциональных функций. Психопат совершает ошибки не потому, что не способен оценить собственный интерес, а из-за неспособности к эмпатии, из-за фундаментальной недостаточности эмоционального обусловливания» (Frank, 1988, с. 255).

Эти аргументы позволяют сделать такой вывод: исходя из предпосылки, что отклоняющееся поведение в форме обмана иногда проявляется по закону случайности, стабильные общества будут оставаться стабильными именно потому, что они включают определенное количество исключительно неблагонадежных людей. Поведение этих людей формируется вследствие их неспособности создавать когнитивные и эмоциональные связи, которые позволяют большинству людей поступать честно в течение длительного времени, не получая за это непосредственного и немедленного вознаграждения. Это может быть связано с тем, что они «обесценивают» отдаленное вознаграждение в большей степени, чем остальные люди, либо с тем, что им не удается развить чувство эмпатии, а поэтому они редко занимаются чем-то, что не дает немедленного выигрыша. Каким бы ни был этот процесс, из этой главы вытекает интересный вывод, а именно: определенный уровень «скрытого» зла заставляет общество быть бдительным и поступать честно, исходя из рациональных соображений; значительное превышение этого уровня, как и значительное снижение, приводит к дестабилизации.

Агрессия

Совершенно ясно, что агрессивные формы поведения у мужчин и обеспечивающие их физические качества вознаграждались во все времена. Однако на агрессию у всех биологических видов, которые были изучены, большое влияние оказывают стимулы,

связанные с развитием и социальным поведением (Cairns *et al.*, 1989, 1993). Это справедливо и для людей. Многие из форм поведения, перечисленных в критериях DSM–IV для расстройства поведения, могут рассматриваться как патологические или как приемлемые в зависимости от обстоятельств, в которых они проявляются. Некоторые из них (драки, использование оружия, угрозы, физическая жестокость) разрешаются и даже необходимы во время войны; убийство животных и птиц, не связанное с потребностью в пище, является популярным развлечением; «преднамеренное разрушение собственности» — род занятий. Проблемы возникают, когда дети не усваивают или не применяют правила, которые необходимо соблюдать в соответствующих обстоятельствах, чтобы использовать способность к агрессии, которой эти формы поведения требуют. Все говорит о том, что мы направляем агрессивные формы поведения во все более формализованные виды деятельности, такие как профессиональные игры, и исключаем их из нашей повседневной жизни. Частота драк между школьниками викторианской эпохи, о чем мы можем узнать из литературы, совершенно неприемлема с современной точки зрения, как и физическое насилие над женами или детьми. Тот факт, что мы озабочены «уличным насилием», больше связан с характеристиками оружия, применяемого современными преступниками (с большей убийственной силой, чем в прежние времена), а не с количеством этих агрессивных действий. Интересный вопрос для современных городов, в которых распространено расстройство поведения, заключается в том, соответствуют ли в социальных группах уровень и распределение агрессии, поддерживавшие выживание нашего биологического вида, стабильности наших современных социальных структур, и если нет, то с каким уровнем или типом агрессивного поведения мы готовы мириться.

Антропологические исследования последних оставшихся сообществ охотников-собирателей, социальная организация которых, вероятно, приблизительно соответствует таковой на ранних этапах развития человечества, показывают, что агрессия и обман не всегда осуждаются или являются невыигрышными в социальном плане (Chagnon, 1988; Hill & Hurtado, 1953; Knauft, 1991). Например, в племени яномамо из Амазонии мужчины, которые убивают из мести, как внутри семейной группы, так и вне ее имеют больше жен и больше детей, чем мужчины, которые не убивают (Chagnon, 1988). Недавно опубликованные данные исследования молодых мужчин, выросших в гетто Питтсбурга, показало, что те, кто стал отцом к возрасту 18 лет (12% выборки), значительно чаще, чем остальные участники выборки, характеризовали себя или характеризовались родителями либо учителями как не заслуживающие доверия, жестокие по отношению к людям, злоупотребляющие наркотиками и склонные к делинквентному поведению (Stouthammer-Loeber & Wei, 1998). Более того, эти молодые отцы в четыре раза чаще, чем другие молодые люди, сообщали о серьезных правонарушениях, совершенных в течение года после того, как они стали отцами; отцовство их не изменило. Было высказано предположение, что в определенном окружении, особенно провоцирующем высокий уровень стресса и ранней смертности у детей, «целесообразнее» рожать детей рано и часто, уделяя больше внимания аспектам репродукции, связанным с численностью потомства, а не с воспитанием (воспитание потомства)» (Chisholm, 1993). Как описано в других разделах этого тома, расстройство поведения сильно связано со средовыми коррелятами стресса и риска: бедностью, распавшимися семьями, низким уровнем школ, условиями проживания в микрорайонах. Исходя из логики этих аргументов, мы можем охарактеризовать «агрессию недоверия», которую выделяет Robert

Hind (глава 2), как высокоадаптивную в таких обстоятельствах, обеспечивающую репродуктивную стратегию раннего воспроизведения потомства. Существуют антропологические доказательства того (Rogers, 1994), что повышение уровня опасности в той или иной среде связано с более резким обесцениванием фактора времени, а также с более высоким уровнем толерантности в отношении агрессии.

Таким образом, эволюционная психология заставляет нас существенно изменить наше представление о расстройстве поведения и поставить вопрос, почему модели поведения, которые так не одобряют взрослые, продолжают существовать на протяжении всей истории человечества.

Выводы

Маловероятно, что современный учебник, посвященный, например, ревматоидному артриту, будет содержать целую главу об истории этого заболевания. Тот факт, что такая глава есть в настоящем томе, говорит о том, что проблемы определения и принадлежности расстройств поведения еще не решены. История определений, которые общество дает детям с отклоняющимся поведением, а также реакция на такое поведение запутанные и противоречивые, учитывая даже то, что к этой сложной группе мы должны относиться терпеливо. Мы до сих пор не определились в отношении того, как решить основные вопросы ответственности и виновности, поставленные Платоном 2500 лет назад. Удивляет, что лечение было очень разнообразным и в целом крайне неэффективным, учитывая то, что мы, кажется, еще не решили, чьи проблемы мы решаем: ребенка? родителей? общества?

Однако достигнуты и некоторые успехи. В основном, как и в других областях медицины, они связаны с выделением категорий, которые лучше отражают (1) различия между группами и (2) намерения общества в отношении этих групп. Так, в аморфной массе, которую Mary Carpenter назвала «гибнущие и опасные классы» (Carpenter, 1851), мы сейчас отграничиваем детей от взрослых, подвергшихся насилию и жестокому обращению от преступников, умственно отсталых от лиц с девиантным поведением, тех, кто страдает гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, от лиц с расстройством поведения. Множество различных учреждений оказывают помощь этим разным группам и контролируют их. Ничего этого не было 150 лет назад. Однако в отличие от многих других отраслей медицины, которые тоже были недостаточно развиты 150 лет назад, мы очень мало достигли в установлении этиологии, что имеет большое значение для профилактики, лечения и контроля. Эти недостатки отражаются на реакциях учреждений, созданных для лиц с расстройством поведения и в основном ориентированных на изоляцию и контроль — исходя из медицинской модели контагиозности, применяемой нами к болезням, которые мы не очень хорошо понимаем и не научились предупреждать или лечить. Мы уже не относимся так к проказе, а подростков с расстройством поведения до сих пор чаще изолируем в исправительных учреждениях вместо того, чтобы предоставлять им эффективное лечение.

В данной главе мы привели примеры, иллюстрирующие отношение общества к детям с расстройствами поведения на протяжении многих веков, сосредоточившись на анализе религиозных, философских, юридических и психиатрических публикаций.

Здесь не отражены взгляды специалистов сферы образования и социальной работы, не потому что они не важны, а в связи с недостатком места, чтобы глубоко их осветить. Если возвратиться к набору вопросов, с которых мы начинали, то очень мало сделано для достижения консенсуса по первым двум: соотношение ролей родителей и государства и надлежащие стандарты формирования персональной ответственности. По первому из этих вопросов можно проследить процесс усиления роли государства в регулировании родительского контроля над поведением детей — например, государство все чаще ограничивает права родителей наказывать своих детей физически, и во многих обществах школы несут ответственность как за этическое, так и за общее образование. Однако не хватает доказательств о влиянии этих мер на распространенность расстройства поведения в обществе. Интересно отметить, что некоторые специалисты в области эволюционной психологии выступают против крупных форм социальной организации, включая государственные школы, обосновывая это тем, что они прививают агрессивность и лживость, а не доверие и сотрудничество (Ridley, 1996). Голоса политиков правого («семейные ценности») и левого («деревня должна воспитывать ребенка») направлений раздаются в пользу большей поддержки семьям в воспитании детей, что должно способствовать снижению частоты расстройства поведения.

На вопросы о стандартах формирования персональной ответственности легче найти эмпирические ответы, чем на вопросы отношений родителей–государства. В возрастающем количестве публикаций о развитии моральных качеств детей отмечается, что основные формы, например эмпатия, чувство стыда и справедливости, появляются очень рано (Kagan, 1984; Wilson, 1993). Однако мы еще далеки от того, чтобы применять эти знания в форме критериев виновности, которые бы использовали нечто более существенное, чем старые, основанные на возрасте нормы, описанные в этой главе.

На третий набор вопросов, касающихся того, кто должен быть ответственным за определение и проведение работы в отношении тех форм поведения, которые мы не хотим терпеть в обществе, можно найти удовлетворительный ответ, только если мы получим более четкие ответы на первые две группы вопросов. Конечно, практические ответы на них есть, но они не являются удовлетворительными исходя из любых стандартов, которые можно было бы применять. Как и в средневековом Лондоне, на улицах наших городов бродят бездомные дети, к которым мы относимся как к преступникам; как и в Филадельфии девятнадцатого века, организации, создаваемые для «исправления» этих детей, только усугубляют их проблемы; как и August Aichhorn, мы знаем, что эти дети нуждаются в комплексной помощи, и у нас создано множество агентств, оказывающих помощь, но отсутствует целостная система обслуживания. В целом трудно представить себе тему, которая менее перспективна в отношении способности людей решать социальные проблемы, чем расстройство поведения.

ЛИТЕРАТУРА

Aichhorn, A. (1935). *Wayward Youth* New York: The Viking Press

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd edn) (DSM–II) Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn) (DSM–III). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn revised) (DSM–III–R). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM–IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Barkow, J., Cosmides, L. & Tooby, J. (1992). *The Adapted Mind.* Oxford: Oxford University Press.

Blackstone, W. (1857). *Commentaries on the Laws of England* London: Murray.

Bower, T.G.R. (1974). *Development in Infancy.* San Francisco: W.H. Freeman and Company.

Brydall, J. (1635). A *Compendious Collection of the Laws of England.* London: John Bellinger and Tho. Dring.

Cairns, R.B., Cairns, B.D , Neckerman, H.J., Ferguson, L.L. & Gariépy, J.L. (1989). Growth and aggression: 1. Childhood to early adolescence. *Developmental Psychopathology, 25,* 320–30.

Cairns, R.B., McGuire, A.M. & Gariépy, J.L. (1993). Developmental behavior genetics: fusion, correlated constraints, and timing. In D.F. Hay & A. Angold (Eds.), *Precursors and Causes in Development and Psychopathology* (pp. 87–122). Chichester: John Wiley & Sons.

Carpenter, M. (1851). *Reformatory Schools for the Children of the Perishing and Dangerous Classes, and for Juvenile Offenders* London: C. Gilpin.

Chagnon, N. (1988). Life histories, blood revenge, and warfare in a tribal population. Science, *239,* 985–92.

Chisholm, J. (1993). Death, hope, and sex: life-history theory and the development of reproductive strategies. *Current Anthropology, 34,* 1–24.

Cole, J. (1998). *About Face.* Cambridge: MIT Press.

Cosmides, L. & Tooby, J. (1992). Cognitive adaptations for social exchange. In J.H. Barkow, L. Cosmides & J. Tooby (Eds.), *The Adapted Mind* (pp. 163–228). New York: Oxford University Press.

Darwin, C. (1872). *The Expression of Emotions in Man and Animals* Chicago: University of Chicago Press.

Dawkins, R. (1976). The *Selfish Gene.* Oxford: Oxford University Press.

Faust, F. & Brantingham, P. (1974). *juvenile Justice Philosophy.* St. Paul, Minnesota: West Publishing Company.

Frank, R.H. (1988). *Passions Within Reason: The Strategic Role of The Emotions* New York· W W.Norton and Company.

Frank, R.H., Gilovich, T. & Regan, D.T. (1993). The evolution of one-shot cooperation. *Ethology and* Sociobiology, *14,* 247–56.

Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood.* New York: International Universities Press.

Gerry, E.T. (1892). Cause of juvenile delinquency. *The Independent* (March 3, 1892), p. 294.

Hamilton, D. (1964). The genetical evolution of social behavior. *Journal of Theoretical Biology, 7,* 1–52.

Hamilton, W. D. (1894). A *Chronicle of England During the Reigns of the Tudors.* London: Camden Society.

Harris, R. & Webb, D. (1987). *Welfare, Power, and Juvenile Justice.* London: Tavistock Publications Ltd.

Hill, K. & Hurtado, M. (1953). *Ache Life History.* New York: Aldine De Gruyter.

Kagan.J. (1984). *The Nature of the Child* New York: Basic Books, Inc.

King, M. & Piper, C. (1995). How *the Law Thinks About Children.* Vermont: Arena Ashgate Publishing Ltd.

Knauft, B.M. (1991). Violence and sociality in human evolution. *Current Anthropology, 32,* 391–428.

Loeber, R. & Schmaling, K.B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems. a metaanalysis. Journal *of Abnormal Child Psychology, 13,* 337–52.

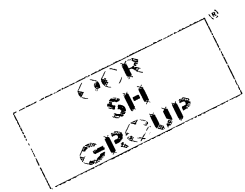
Mackenzie, M. (1981). *Plato on Punishment* Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.

Matsell, G.W. (1850). Report of the chief of police concerning destitution and crime among children in the city. In T.L. Harris *(Ed.), Juvenile Depravity and Crime in Our City. A Sermon* (pp. 14–15). New York. Norton.

Maudsley, H. (1879). *The Pathology of Mind.* London: Macmillan.

Maudsley, H. (1883). Body and will, an essay concerning will in its metaphysical and pathological aspects. Journal *of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 29,* 244.

Nowak, M.A., May, R.M. & Sigmund, K (1995). The arithmetics of mutual help. Scientific *American,* 272, 50–5.
Paradis, J & Williams, G.C. (1989). *Evolution and Ethics. T.H. Huxley's Evolution and Ethics with New Essays on its Victorian and Sociobiological Context* Princeton: Princeton University Press.
Parsloe, P. (1978) *Juvenile Justice in Britain and the United States: The Balance of Needs and Rights.* London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
Prichard, J.C. (1837). A *Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind.* Philadelphia: Haswell, Barrington & Haswell.
Ratnapala, N. & Ward, R.H. (1993). *Crime and Punishment in the Buddhist Tradition.* New Delhi, India: Mittal Publications
Ridley, M. (1996). *The Origins of Virtue.* New York, NY: Penguin Books.
Roe, A. & Simpson, G. (1958). *Behavior and Evolution.* New Haven: Yale University Press.
Rogers, A.R. (1994) Evolution of time preference by natural section. *American Economic Review, 84,* 460–81.
Schlossman, S. (1977). *Love and the American Delinquent.* Chicago: Univeristy of Chicago Press.
Schlossman, S.L. (1983). *Studies in the History of Early 20th Century Delinquency Prevention* Santa Monica: Rand Corp.
Stouthamer-Loeber, M. & Wei, E.H. (1998). The precursors of young fatherhood and its effect on delinquency of teenage males. *Journal of Adolescent Health, 22,* 56–65.
Thomas, J.H. (1826). *The Reports of Sir Edward Coke* London: J. Butterworth and Son.
Thomson, J.B. (1870). *The Hereditary Nature of Crime* London: Howard League Lib.
Thorpe, B. (1840). *Ancient Laws and Institutes of England* London: G.E. Eyre and A. Spottiswoode.
von Gontard, A. (1988). The development of child psychiatry in 19th century Britain. Journal *of Child Psychology and Psychiatry, 29,* 569–88.
Wade, J. (1829). A *Treatise on the Police and Crimes of the Metropolis, Especially juvenile Delinquency, Female Prostitution, Mendacity, Gaming.* London: British Museum.
Wilson, J.Q (1993). *The Moral Sense.* New York: The Free Press.
World Health Organization (1978). *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death.* Geneva: WHO.
World Health Organization (1992). *The Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD–10). Geneva: WHO



2

Может ли изучение «нормального» поведения способствовать пониманию расстройства поведения?

Robert A. Hinge

Введение

Расстройство поведения охватывает широкий спектр форм антисоциального поведения, из которых только отдельные необходимы для постановки диагноза (Earls, 1994). Этот факт, а также то, что эти формы поведения часто сочетаются с другой патологией, например с гиперактивностью или когнитивными нарушениями, свидетельствуют о том, что эта диагностическая категория еще полностью четко не определена. Различия в определении расстройства поведения подчеркивают Angold и Costello (глава 6), а комплексный характер возможных причинных факторов описан в ряде глав этого тома. Можно предположить, что этиологические факторы взаимодействуют в процессе развития человека: например, у детей с антисоциальными проявлениями, у которых рано обнаружились поведенческие нарушения, могут отмечаться нерезко выраженные нейропсихические нарушения, влияющие на речь, память и возможность самоконтроля (Moffitt *et al.*, 1996; Lynam & Henry, глава 9). Это способствует развитию «трудного темперамента», а следовательно, и повышению вероятности негативных средовых воздействий, что вызывает обострение состояния (Keisner *et al.*, глава 10).

Многообразие симптоматики и многофакторность этиологии поднимают много вопросов. Один из них касается того, может ли каждый конкретный симптом зависеть от относительно простого причинного фактора. Чтобы проиллюстрировать это, обсудим сначала проблемы агрессивного поведения, хотя это не означает, что агрессивность сама по себе является основным элементом расстройства поведения или основой большинства их симптомов.

Другой ряд вопросов касается того, имеют ли некоторые симптомы явно выраженные особые причинные факторы, могут ли они быть уверенно разделены на отдельные группы, различающиеся по этиологии, и можно ли обнаружить какой-либо общий фактор. Мы покажем, что симптомы, перечисленные, например, в Контрольном перечне нарушений поведения у детей или в шкалах Rutter, связаны со многими аспектами когнитивного и поведенческого функционирования. В данной главе будут освещены некоторые темы, которые не привлекли достаточного внимания при исследовании агрес-

сивного поведения у детей, однако они важны для понимания упомянутой неоднородности симптоматики и этиологии. Мы проанализируем значение мотивационного осложняющего фактора и рассмотрим три взаимосвязанные возможности: восприятие несправедливости в отношениях; ощущение реактивной автономии на фоне понимания ограничений со стороны окружения; нарушения Я-концепции.

Агрессивное поведение

Определения

Агрессивное поведение можно определить как направленное на причинение вреда другим людям. Поэтому умышленное нанесение телесных повреждений, несомненно, относится к агрессии, а случайное — не считается таковой. Причинение психологического вреда может считаться агрессией, а может и не считаться. Формы поведения с проявлением только чрезмерной самоуверенности сюда не входят, поэтому то, что неспециалисты называют «агрессивным представлением себя», не подходит под определение агрессивности. Чрезмерная самоуверенность без учета возможности причинения вреда другим людям, как, например, при неосторожном стиле вождения транспортных средств, может относиться, а может и не относиться к агрессии.

Классификация агрессивного и просоциального поведения

Агрессивное поведение феноменологически разнообразно и может быть разделено на несколько категорий. Предложено много классификационных систем, и две из них мы рассмотрим в качестве примеров.

Агрессия у детей, находящихся в дошкольных учреждениях, разделяется (например, Feshbach, 1964; Manning *et al.*, 1978) на следующие виды:

(а) Инструментальная агрессия (манипулятивная агрессия, целенаправленная враждебность) — имеет целью получение или сохранение определенных предметов или ситуации либо доступа к желаемой деятельности.

(б) Приставание (дразнящая агрессия) — направлена прежде всего на то, чтобы досадить другому человеку или нанести ему телесное повреждение, безотносительно к тому или иному объекту либо ситуации.

(в) Защитная агрессия — это враждебность, спровоцированная действиями других.

(г) Игровая агрессия — возникает на фоне игрового противостояния, переходящего в потасовку, что часто характерно для детей этого возраста.

Формы насилия, проявляемого подростками и взрослыми, разделены Tinklenberg и Ochberg (1981) следующим образом:

(а) Инструментальное — мотивировано сознательным желанием нанести телесное повреждение жертве или уничтожить ее. Не совершается в приступе гнева. (Очевидно, что этот термин не соответствует понятию «инструментального» в системе дошкольных учреждений).

(б) Эмоциональное — совершается в состоянии несдержанности, гнева или сильного страха. Импульсивное. Обычно направлено на близких людей.

(в) Опасное, уголовнонаказуемое — совершается во время другого преступления.

(г) Эксцентричное — имеет выраженные психопатологические признаки.

(д) Диссоциальное — это насильственные действия, которые референтная группа одобряет и рассматривает как правильную реакцию на ситуацию. Обычно связано с членством в группе.

Хотя такие классификации могут иметь эвристическую ценность, понятно, что категории четко не разделены. Например, приставание не всегда легко отличить от инструментальной агрессии у детей, так как оно может быть связано с отдаленными целями в отношении доступа к желаемой ситуации. У взрослых опасная агрессия с сильным компонентом страха имеет общие черты с эмоциональным насилием, которое, в свою очередь, может включать отдельные черты эксцентричного насилия. Некоторые причины этих явлений обсуждаются в следующем разделе.

Сложность мотивации

Разнообразие форм агрессивного поведения может рассматриваться как следствие неоднородности мотивационного компонента — здесь понятие мотивации используется в более широком смысле. Прежде всего, причиняя вред другим людям, нападающая сторона почти всегда подвергается опасности ответного насилия. Поэтому агрессивное поведение часто рассматривается как подвид «агонистического поведения», которое охватывает диапазон реакций от нападения до бегства. У животных амбивалентность в отношении этих двух типов реакции может проявляться в угрожающих позах или в действиях, направленных на вытеснение соперника (Huntingford, 1991; Timbergen, 1952); поза боксера с готовностью как нанести удар сопернику, так и предпринять защитные действия является примером аналогичного поведения у человека.

Однако разнообразие форм агрессии зависит не только от мотивации нападения или бегства. Даже относительно простые формы инструментальной агрессии у школьников могут включать также «жажду приобретения» (мотивацию к овладению объектом или ситуацией) и «самоуверенность» (мотивацию к представлению себя в выгодном свете перед соперниками или сверстниками). Принимая во внимание только эти три компонента — агрессивность, жажду приобретения и самоуверенность, — взаимосвязь между ними можно представить, как это изображено на рис. 2.1, где три вида мотивации показаны в трехмерном плане, каждый их них — вдоль одной оси ортогональной проекции (агрессия возникает только тогда, когда уровень мотивации расположен выше участка с полосами).

Агрессивность с низким уровнем жажды приобретения будет выглядеть как приставание (см. выше), хотя в этом случае возможны дополнительные мотивы, такие как повышение самоуважения или компенсация недостаточно высокого авторитета (Hartup, 1974), что представляется как самоуверенность. Защитный вариант агрессии и эмоциональная агрессия в период взрослости могут включать значительный компонент фрустрации — в связи или с исчезающей мотивацией, или с другими вариантами мотивации, такими как предвосхищение утраты при ревности (Buunk & Bringle, 1987). Диссоциальная агрессия зависит от потребности в одобрении группы сверстников.

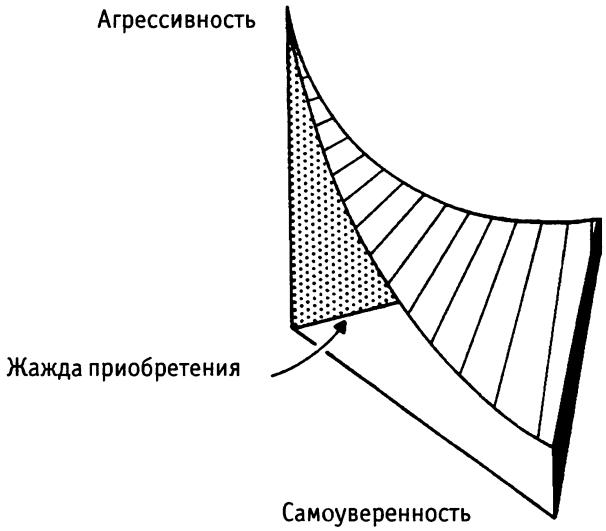


Рис. 2.1. Предполагаемые взаимосвязи между жаждой приобретения, самоуверенностью и агрессивностью

В этом отношении полезно помнить, что с виду одинаковое поведение может иметь разные предпосылки у разных людей. Это наглядно продемонстрировал Straker (1992) в работе *Youth* при анализе поведения участников насильственных демонстраций против режима апартеида в Южной Африке. Многие из них были из бедных семей, но отказывались признать бедность неизбежной, а поэтому предпочли бороться с трудностями, активно противодействуя режиму. Однако в группах демонстрантов были представлены разные типы людей: уравновешенные, верящие в идеалы, преданные своему делу и независимо мыслящие «лидеры»; «последователи», стремящиеся войти в списки героев-борцов; «попутчики» с недостаточным самосознанием, использующие группу, чтобы укрепить его; «конформисты», мотивируемые поисками товарищеских связей в группе, а не идеалами; а также почти психопаты. Основные мотивы или их соотношение явно различались в каждом случае. По мнению Straker, насильственные действия могут рассматриваться не только как агрессивное поведение, но (хотя не для органов власти) и как просоциальное.

Другие проблемы

Очевидно, что «объяснение» разнообразных форм агрессивного просоциального поведения в понятиях смешанной мотивации может быть полезным эвристическим приемом, поскольку чрезмерный уровень агрессии со значительным компонентом жажды приобретения требует мер, отличающихся от применяемых при агрессии, основанной на страхе, ревности или на отсутствии самоуважения. Однако объяснения в понятиях смешанной мотивации могут приводить к возникновению проблем. Во-первых, предположение о мотивации не должно ассоциироваться с распространенной вводя-

щей в заблуждение моделью мотивации (или либидо), предложенной Freud. Во-вторых, агрессивное поведение нельзя объяснять только в понятиях внутренних процессов действующего субъекта: социальный контекст (например, присутствие сверстников) и то, как он воспринимается заинтересованными сторонами, тоже очень важны. В-третьих, предполагаемые виды мотивации могут объяснить только тип поведения, с которым они связаны: для объяснения других аспектов синдрома должны рассматриваться другие факторы. В-четвертых, связь между силой мотивации и вероятным уровнем агрессивного поведения зависит от многих других факторов: например, у двух субъектов может быть одинаковая мотивация (в широком смысле), но различный уровень подавления агрессии. Основной момент во всех случаях агрессии — готовность или желание причинить вред другим людям, и это предполагает недостаточность социальных процессов подавления агрессивности: недостаточный контроль побуждений — общая черта расстройства поведения (Moffitt *et al.*, 1996; Pulkkinen, 1986). В-пятых, и в связи с предыдущим, предполагаемая мотивация должна рассматриваться не как некая аморфная движущая сила, а как сформированный на когнитивной основе и эмоционально окрашенный процесс (Pettit *et al.*, глава 11). С этим связаны данные о том, что дети с высоким уровнем агрессивности видят мир более агрессивным и реже, по сравнению с неагрессивными детьми, высказывают неудовлетворенность собственным решением проблем посредством проявления агрессии (Guerra & Slaby, 1989).

Агрессивность при расстройстве поведения

Агрессивное поведение часто отмечается при расстройстве поведения и выражается в виде не только явной агрессии, но и дезорганизованного, надоедливого поведения, жестокости, и нередко из-за этого другие дети проявляют антипатию к сверстникам с расстройством поведения. Однако это не обязательно свидетельствует об излишне агрессивной мотивации — агрессивное поведение может быть результатом самоуверенности. Ниже мы рассмотрим вопрос, насколько эта точка зрения соответствует другим аспектам расстройства поведения. Но прежде необходимо прояснить другой фундаментальный вопрос.

Уровни сложности

Понимание любого аспекта человеческого поведения требует различения нескольких уровней сложности: психологических процессов, отдельных форм поведения, кратковременных взаимодействий между людьми, долговременных отношений, групп и сообществ (рис. 2.2). Каждый из этих уровней включает проблемы, не свойственные уровням меньшей сложности: например, отношения могут содержать один или несколько видов взаимодействия, но эта характеристика не относится к конкретным взаимодействиям. И на каждом уровне мы пытаемся использовать дополнительные концепции для объяснения: так, агрессивное взаимодействие между двумя сибсами может объясняться их желанием играть с одной и той же игрушкой, но часто агрессия в их отношениях может приписываться соперничеству сибсов.

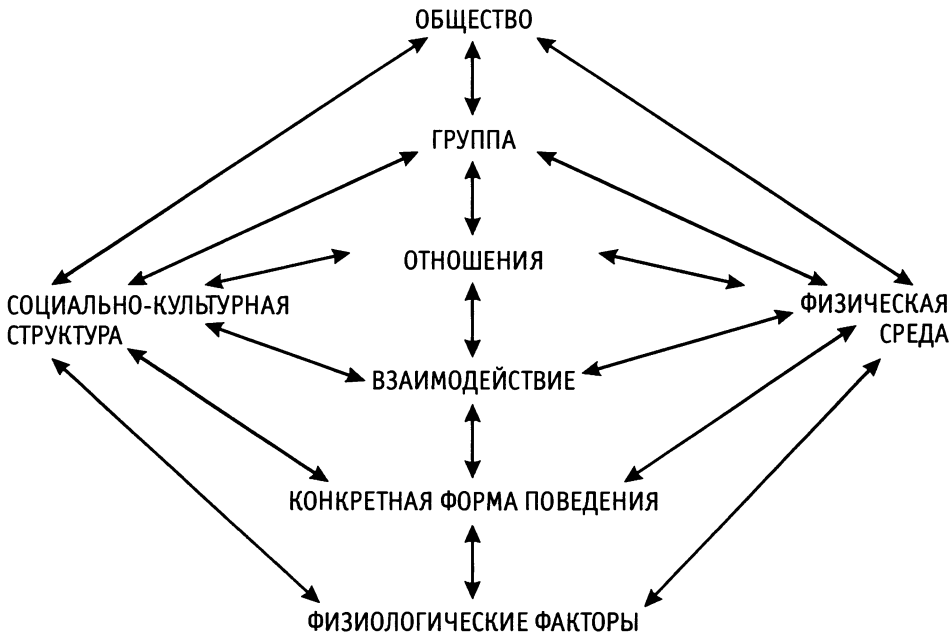


Рис. 2.2. Уровни сложности психологических процессов, форм поведения и социальных отношений

На каждом из этих уровней сказывается влияние того, что можно назвать социально-культурной структурой — система ценностей, верований, норм и организаций, относящихся к этому уровню. Симптоматика расстройства поведения четко показывает, что социальные нормы и ценности — или точнее их отсутствие либо игнорирование — часто играют важную роль. Эти нормы и ценности могут относиться к отдельному человеку, к паре, к группе или к обществу в целом, однако на каждом уровне они очень близки между собой в каждой указанной категории.

И наконец, каждый из этих уровней влияет на другие и находится под их влиянием, а также под влиянием социально-культурной структуры (а также, хотя здесь это не обсуждается, со стороны физической среды). Так, на каждое конкретное взаимодействие влияет характер отношений, в рамках которых оно происходит, с другой стороны, характер отношений зависит от аспектов взаимодействия. Аналогичные диалектические взаимосвязи наблюдаются относительно социально-культурной структуры: так, нормы, касающиеся института брака, влияют на частоту разводов, которая в свою очередь влияет на нормы супружеских отношений. Исходя из этих фактов последовательные уровни сложности (включая индивидуальный) и социально-культурная структура должны рассматриваться не как разрозненные элементы, а как процессы, проходящие непрерывные стадии развития, стабильного состояния или дезинтеграции, в которых проявляются диалектические взаимосвязи, существующие между ними (Hinde, 1991, 1997).

На агрессивное поведение в рамках отношений между людьми почти всегда влияют эти диалектические взаимосвязи. Как мы видели, даже на агрессивное поведение маленьких детей может влиять присутствие свидетелей, это же касается агрессивного защитного поведения. Эмоциональная агрессия может быть спровоцирована третьими лицами (например, при любовной ревности). Диссоциальная агрессия также зависит от групповых норм и ценностей. Чаще она проявляется в рамках внутригрупповых конфликтов, которые, в свою очередь, зависят от факторов, способствующих сплоченности групп(ы). (Это соответствует точке зрения, что поведение может быть одновременно агрессивным и просоциальным. Мы приводили пример агрессии, направленной на чужих, на благо группы, при анализе книги Straker *Youth*.)

Мы выяснили, что каждый случай агрессивного поведения зависит от мотивации разного типа и что многообразие форм такого поведения частично объясняется разными комбинациями мотивационных факторов. Конечно, тот факт, что разные виды агрессии могут иметь в основе разные причины и что этиология каждого их них может быть комплексной, не обязательно означает, что агрессия в рамках расстройства поведения различается по своей природе или имеет комплексные причины. Однако это свидетельствует о том, что существует опасность считать мотивацию (или характеристики темперамента) изоморфными с формами поведения, которые предположительно связаны с ними «причинно». Это также может способствовать тому, что агрессивность, наблюдаемая в рамках расстройства поведения (при условии недостаточного подавления желания причинить вред другим людям), возможно, обусловлена не собственно агрессивностью, а другими причинами — например, самоуверенностью или желанием покрасоваться; эти причины могут также способствовать проявлению других видов антисоциального поведения.

Кроме того, для понимания этих процессов необходимо принимать во внимание ситуацию в целом с учетом уровней сложности. Кроме того, мотивационный подход связан с некоторыми трудностями и, по-видимому, недостаточно разработан, поэтому следует использовать некоторые когнитивные концепции, такие как самоуважение, осмысление норм и ценностей. В следующем разделе, посвященном возможности выявления факторов, общих для многих симптомов расстройства поведения, эти вопросы изучаются подробнее.

Когнитивные аспекты

Моральные принципы и вопрос о том, что «справедливо»

Многие симптомы расстройства поведения, в том числе агрессивность, включают явное неуважение к другим людям или недостаточный уровень эмпатии по отношению к ним. Деструктивное поведение, эгоизм, обидчивость, хвастовство, насмешки, нетерпеливость и многие другие качества наряду с агрессивностью (Quay, 1983) входят в расстройства поведения. Кроме того, антисоциальное поведение часто бывает спонтанным и зависит, например, от внезапной вспышки гнева. Хотя большинство детей используют «моральные эмоции» для оценки последствий своих действий (Arsenio & Lover, 1995; Dunn, 1988), создается впечатление, что для людей с расстройством поведения нормы приемлемого поведения, понятия, что справедливо и что несправедливо,

просто не действуют. Антисоциальные действия сопровождаются игнорированием или «недоучетом» правонарушителем социальных норм и мнения других людей.

Полезно посмотреть на эти проблемы с другой точки зрения — справедливости в близких межличностных отношениях. Получено много доказательств того, что люди считают справедливостью. Человек оценивает отношения как справедливые, если получаемая компенсация соизмерима с издержками при сравнивании с партнером или с другими равноценными людьми. Если отношения оцениваются как несправедливые, человек испытывает тревогу; известно, что ощущение чрезмерной компенсации, как и недостаточной компенсации, может вызывать тревогу (Prins *et al.*, 1993; Walster *et al.*, 1976). Тревога приводит к попыткам восстановить справедливость — либо «реальную справедливость» (посредством изменения компенсации или издержек), либо «воспринимаемую справедливость» (посредством искажения восприятия результатов сравнения). Так правонарушитель, причинивший вред, может либо восстановить справедливость, выплатив компенсацию пострадавшему, либо восстановить свою «воспринимаемую справедливость», убедив себя, что пострадавший получил то, чего заслужил, или в действительности совсем не пострадал, или что он (правонарушитель) на самом деле не виновен (Walster *et al.*, 1976). Поскольку человек с диагнозом расстройства поведения размышляет над этими проблемами, есть основания предположить, что его поведение связано с тенденцией считать свои действия справедливыми с психологической точки зрения, тогда как пострадавшие или третьи лица будут думать по-другому.

Аналогичные данные получены в исследованиях по изучению близких отношений — поступавшие несправедливо пытались ссылаться на ситуацию и оправдывать свое поведение (Kelley, 1979; Weiner *et al.*, 1987). Это происходило не только потому, что виновному и остальным людям была доступна разная информация: на определение ситуации влияли намерения и ожидания (Orvis *et al.*, 1976). Кроме того, лица, у которых были дисфункциональные или нереалистичные представления о сути своих близких отношений, чаще считали, что поведение партнера обусловлено устойчивыми и глобальными характеристиками (Fishman & Bradbury, 1989): пациенты с расстройством поведения могут оценивать мир как имеющий неблагоприятные для них устойчивые свойства. Обычно атрибуции зависят от прошлого опыта, охватывающего как культурные традиции, так и индивидуальную память (Fletcher & Fitness, 1993), и включают переработку сложных причинных аспектов (Howe, 1987): при расстройстве поведения атрибуции связаны со сложной картиной мира, который представляется враждебным и ограничивающим свободу (Pettit *et al.*, глава 11).

Здесь также возникает вопрос о том, как человек усваивает нравственные ценности. Получено много данных о том, что эти ценности в основном усваиваются в родительской семье, в группе сверстников и в процессе общения с другими людьми (Dunn, 1988; Eisenberg & Mussen, 1989; Grusec & Goodnow, 1994; Kohlberg, 1984; Piaget, 1932). Родительская семья и группа сверстников отличаются друг от друга, и следует ожидать, что усвоенные нравственные ценности будут различаться в зависимости от особенностей опыта, приобретенного в той или иной среде, а также (косвенно) от социально-культурной структуры (см. рис. 2.2) (Muller & Bersoff, 1995; Waintryb & Turiel, 1995). В процессе приобретения опыта взаимодействия с другими людьми неизбежны отдельные конфликты, по крайней мере эпизодические, а такие конфликты предполагают понимание как самого себя, так и других по отношению к себе. Способы, посредст-

вом которых конфликты разрешаются или не разрешаются, играют роль в развитии понимания ребенком других людей и самого себя (Dunn & Slomkowski, 1992): они часто вынуждают индивида выдвигать свои законные требования с учетом интересов окружающих (Killen & Nucci, 1995). Этические нормы в отношении того, что люди должны помогать тем, кто помогает им, большинство людей усваивают на ранних этапах жизни, а нормы ответственности, предписывающие помогать тем, кто нуждается в помощи, — несколько позже (Eisenberg & Mussen, 1989).

Усвоение нравственных ценностей предполагает «активное участие индивида в своем развитии посредством осмысления окружающего мира и принятия решений, которые определяют его действия в этом мире» (Hart & Killen, 1995, с. 7). Если ребенок видит, что его действия несправедливо осуждаются окружающими, например родителями, которые не могут понять его поведение, он может отказаться от своих попыток усвоить взгляды окружающих, начинает игнорировать нормы поведения и действовать только исходя из своих собственных интересов. Действительно, дети с небезопасным типом привязанности к своим родителям — это связано с недостаточно чутким воспитанием, обижающим ребенка (Ainsworth, 1978), — нередко считают, что окружающие относятся к ним несправедливо. Они обычно менее податливы и реже включаются в сотрудничество, чаще стараются привлечь к себе внимание и прибегают к деструктивным действиям в раннем детстве и в дошкольном возрасте (Arend *et al.*, 1979; Bates *et al.*, 1985; DeKlyen & Speltz, глава 12). Однако не все подобные дети агрессивны: агрессивность может быть вызвана неправильным отношением родителей к возникающим конфликтам. Родители могут подкреплять агрессивные формы поведения, нагнетать конфликтные ситуации, повышать уровень агрессивности в поведении своих детей или проявлять враждебность (Hart *et al.*, 1990; Keane *et al.*, 1990; Patterson, 1982; Perry *et al.*, 1992). Дети в такой ситуации ощущают несправедливость ограничения своей автономии и оценивают права окружающих с позиций, которые с точки зрения этих окружающих и третьих лиц могут представляться искаженными.

Автономия и внутреннее одобрение поступков

Важно подчеркнуть, что автономия — это не то же самое, что преднамеренность, потому что автономия включает внутреннее одобрение собственных поступков. Поведение человека, который жаждет признания или справедливого отношения либо хочет избежать чувства вины, предумышленное, но не автономное. Различие можно провести между «реактивной автономией» — стремлением поступать независимо, не прислушиваясь к советам окружающих, и «рефлексивной автономией», которая включает понимание возможности выбора форм своего поведения. Тогда как последняя предусматривает открытые и честные взаимодействия и отношения, реактивная автономия связана с тенденцией отрицания, с недостаточной социальной адаптацией и зависимостью от окружающих (Deci & Ryan, 1987). Многие симптомы расстройства поведения можно рассматривать в этом аспекте — потребность действовать независимо, ощущая принуждение со стороны окружающих: сюда входят непослушание, отказ от сотрудничества, негативизм, наглость, склонность к спорам и ссорам, отказ от выслушивания советов, угрюмость и недовольство, подшучивание и попытки доминирования над другими людьми, приставание к ним, эгоизм и нетерпеливость. Агрессия также может рассматриваться как последствие фрустрации, вызванной чувством принуждения или

самоуверенностью, следующими за этим. Тот факт, что у лиц с расстройством поведения действительно возникает фрустрация, подтверждается часто наблюдающимися у них вспышками гнева.

Важно упомянуть о другой проблеме, связанной с понятием справедливости. Даже в одном и том же обществе может существовать много разных норм справедливости, которые каждый человек применяет в различных ситуациях. В некоторых случаях преобладает понятие равенства — каждый человек заслуживает одинакового отношения. В других случаях справедливость ставится выше равенства — отношение к человеку должно зависеть от его вклада в смысле издержек, связанных с предпринятыми усилиями (квалификация, социальный статус и т. п.). А иногда социальная справедливость рассматривается в таком аспекте, что каждый человек должен получать по своим потребностям: наиболее часто это случается, когда этот человек по тем или иным причинам солидаризируется с нуждающимися, как, например, в семейных отношениях или в случаях, когда люди переносят последствия неотвратимого бедствия. Lerner (1974) считал, что понимание справедливости зависит от определения данным человеком отношений в двух аспектах: до какой степени партнеры разделяют взгляды друг друга и рассматривается ли другой как личность либо как человек, занимающий определенное социальное положение (табл. 2.1). Это соответствует точке зрения о том, что люди с расстройством поведения обычно не способны разделять взгляды других людей либо испытывают чувство эмпатии по отношению к ним и/или рассматривать других как личностей, а не просто как людей, занимающих определенное социальное положение. Это также соответствует стремлению поступать независимо и наличию чувства внешнего сопротивления таким поступкам. По мнению Lerner, это приводит к поведению, ориентированному на личные интересы человека.

Таблица 2.1. Модели представления о справедливости при разных типах отношений. Адаптировано из Lerner (1974). (Объяснения в тексте)

			Воспринимаемые отношения		
			Идентичность	Группа	Не-группа
Объект отношений	Личность		Восприятие других как себя	Восприятие своего подобия с другими или принадлежности к ним	Восприятие различия интересов
			Потребности (марксизм)	Равноправие (равенство)	Закон Дарвинизм Правосудие
	Положение		Восприятие себя в ситуации другого	Восприятие равноценности с другими	Недостаточные ресурсы при обоснованных претензиях всех сторон
			Имя		
			Общественный долг	Справедливость	Обоснованный личный интерес

Способность давать моральные оценки влияет на агрессивное поведение, но не предопределяет его. Над благими намерениями могут преобладать жажда приобретения либо чрезмерная самоуверенность, или же человек способен к моральным оценкам, но, как следствие предшествующего опыта, не желает или не способен доверять другим людям (Boon & Holmes, 1991). В обоих этих случаях чаще всего предшествующий опыт отношений имеет онтогенетическую основу.

Я-концепция

Многие вопросы, рассмотренные в предыдущих разделах, скорее всего, имеют отношение к особенностям Я-концепции, поэтому здесь необходимо упомянуть о некоторых последних работах о природе Я-концепции, а точнее — о сути самооценки.

Данные самооценки, как и объективные данные (Hinde *et al.*, 1995), показывают, что люди могут вести себя по-разному при различных обстоятельствах, хотя мы ощущаем свою целостность во времени, в месте и ситуации. Однако наше конкретное представление о себе изменяется с возрастом, проходя несколько этапов реорганизации (Damon & Hart, 1988). Так, частота характеристики самого себя с учетом мнения других людей уменьшается с возрастом, при этом девочки используют эти социальные оценки чаще, чем мальчики, и характеристики становятся менее конкретными и более абстрактными. Некоторые различия связаны с контекстом. Характеризуя себя, дети и подростки чаще подчеркивают пассивность в кругу семьи и в то же время активность в школе. Иллюстрируя влияние контекста, McGuire W.J. и McGuire C.V. (1988, с. 102) пишут: «Женщина-психолог в компании десятка женщин другой профессии думает о себе, как о психологе, а в компании десятка мужчин-психологов думает о себе, как о женщине». Damon и Hart (1988), обсуждая культуральные различия самооценки, характеризуют ее как «осознание взаимодействия между субъектом и окружением» (с. 172).

Самооценка никогда не является одномерной. Damon и Hart (1988) выделяли самооценку физического Я, активного Я, социального Я и психологического Я, а также чувство внутренней целостности, отличия от других и от способности к действию. Эти оценки не обязательно изменяются одновременно, так что в одном и том же возрасте человек может оценивать свои разные стороны на разных уровнях развития. Важно подчеркнуть особое значение связей между тем, как человек воспринимает себя и как он воспринимает других. Самовосприятие человека вытекает из его восприятия того, как другие люди ведут себя по отношению к нему (Higgins, Loeb & Moretti, 1995; Mead, 1934), а наиболее колоритными характеристиками других людей оказываются чаще те, которые наиболее похожи на собственные или существенно от них отличаются (Andersen & Cole, 1990; Markus *et al.*, 1985). Действительно, установлено, что Я-концепция в норме организована на основе отношений (Aron & Aron, 1996; Fiske *et al.*, 1991; Fletcher & Fitness, 1996; Planalp, 1985). Например, ошибки при попытке вспомнить имя человека часто связаны с подменой необходимого имени именем другого человека, который находится с говорящим в аналогичных отношениях, и близкие отношения могут приводить к появлению общих характеристик (идентификация).

Здесь мы можем подвести итог на основании данных предыдущих разделов. Мы увидели, что проявления как просоциального, так и агрессивного поведения зависят от понимания «справедливости» и то, что считается справедливым, отчасти зависит от нравственных ценностей группы или индивида. Суждение о нравственных ценностях

или степень их влияния на поведение зависят от оценок индивида, от его самовосприятия и от его способности разделять взгляды других людей и воспринимать их как личностей. Действенность нравственных ценностей должна зависеть от способности оценивать ситуации конфликтов с другими людьми. Я-концепция в значительной степени зависит от отношений с окружающими (Hinde, 1997).

Поэтому появляется много возможностей для развития состояний, которые определяют многие симптомы расстройства поведения, все они связаны с природой Я-концепции. Отрицательная или неполная оценка отношений с другими людьми может быть связана с реактивной автономией и ощущением принуждения со стороны окружающих. Такие лица будут не способны идентифицироваться с другими или оценивать других людей как личностей, и поэтому у них формируется неправильное мнение о том, что справедливо. Они склонны к импульсивным действиям, не учитывая при этом моральных аспектов, или невосприимчивы к моральным оценкам; в любом из этих случаев их оценки основываются только на собственных суждениях. Часто у них также отмечаются неправильные взгляды на возможность доверять другим людям. Может создаваться впечатление, что им не хватает чувства собственного достоинства, при этом самоуверенность или жажда приобретения становятся основной движущей силой их поступков, так как они считают, что эти качества улучшают имидж человека в глазах окружающих. Но это больше соответствует другим симптомам, когда чрезмерная настойчивость, демонстративность и стремление привлечь внимание вытекают из чувства принуждения, а не обязательно из недостаточности чувства собственного достоинства. Все эти моменты указывают на аномалии самопонимания, связанные с их опытом отношений с людьми.

Во многих других источниках подтверждается важность самооценки. Установлено, что самооценка связана с длительной внутренней переработкой опыта (Hart *et al.*, 1995). Некоторые данные свидетельствуют о том, что улучшение способности человека разрешать конфликтные ситуации является эффективным методом лечения (Kendall & Braswell, 1985). По предварительным данным некоторых исследований, нарушения Я-концепции могут быть связаны с различиями между рано и поздно проявляющимся расстройством поведения (Moffit *et al.*, 1996; Hill, глава 5). Обнаружено, что некоторые нарушения Я-концепции у подростков встречаются при нормальном развитии (Erikson, 1963). Хотя эта точка зрения спорная, она соответствует данным о том, что нарушения поведения, начинающиеся в подростковом возрасте, обычно проходят сами собой. В отличие от этого рано появляющиеся агрессивные формы поведения чаще становятся постоянными и могут быть связаны с более фундаментальной и стойкой недостаточностью Я-концепции.

Существуют и другие эмпирические данные, подтверждающие точку зрения о важной роли Я-концепции. B. Melcher (цит. по Damon & Hart, 1988) проверила гипотезу о том, что связь между моральной оценкой и нравственным поведением опосредуется самооценкой. Изучив группы подростков с расстройством поведения и с нормальным поведением, она обнаружила значимую связь между моральной оценкой и самооценкой и почти статистически значимые связи между самооценкой и поведением. Кроме того, в группе подростков с расстройством поведения отмечались такие проявления незрелости развития, как отсутствие интереса к будущей интеграции подростка в семье, группе друзей и в обществе и вообще проблемы оценки своего будущего. Таким образом, эти данные показали, что такие подростки «испытывали трудности в разви-

тии чувства собственной идентичности, которая позволяет планировать будущее поведение и руководить им» (Damon & Hart, 1988, с. 155). Задержка развития была наиболее очевидной в понимании себя с течением времени и своих поступков: у подростков с расстройством поведения также отмечалось недостаточное понимание смысла деятельности и того, что Я формируется на основании опыта. Поэтому Damon и Hart делают вывод, что человек с расстройством поведения не озабочен своим отношением к окружающим в будущем и, следовательно, формы поведения, которые приводят к отчужденности от общества, почти не подавляются.

Выводы

На основании данных научных исследований по изучению нормального поведения выделено два подхода к основам расстройства поведения. Рассмотрен подход к анализу сложного переплетения факторов, связанных с расстройством поведения. Мотивационный подход, применяемый к конкретному симптому агрессивности, показывает опасность упрощенного подхода к этиологии таких состояний, однако помимо этого его полезность ограничена. Когнитивный подход больше подходит для широкого ряда симптомов, выявляемых у лиц с расстройством поведения. В частности, он привлекает основное внимание к Я-концепции, и особенно к недостаточности оценки своего Я в отношениях с другими людьми. Приведенный выше анализ позволяет высказать предположение, что основной проблемой может быть неудовлетворенная потребность действовать независимо от других людей, при ощущении внешнего сопротивления таким поступкам. Это может составлять основу агрессивности, вытекающей из самоуверенности, основу игнорирования групповых нравственных ценностей, тенденции оценивать окружающее только на основании собственных убеждений, недостаточной способности видеть в другом человеке личность, а не только занимаемое положение в обществе, а также недоверия к окружающим. Эти вопросы охватывают многие и, возможно, все из общепризнанных симптомов расстройства поведения, однако это представляет собой объяснение *post hoc*, которое требует подтверждения.

ЛИТЕРАТУРА

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, L. (1978). *Patterns of Attachment* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Andersen, S.M. & Cole, S.W. (1990). 'Do I know you?': the role of significant others in general social perception. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 384–99.

Arend, R., Gove, F. & Sroufe, L.A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten. *Child Development, 50,* 950–9.

Aron, A. & Aron, E.N. (1996) Self and self-expansion in relationships. In G.J.O Fletcher & J. Fitness (Eds.), *Knowledge Structures and Interaction in Close Relationships* (pp. 325–44). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Arsenio, W. & Lover, A. (1995). Children's conceptions of sociomoral affect: happy victimizers, mixed emotions, and other expectancies. In M. Killen & D. Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life* (pp. 87–130). Cambridge· Cambridge University Press.

Bates, J.E., Maslin, C.A. & Franklel, K.A. (1985). Attachment securnty, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior-problem ratings at age three years. In I. Bretherton & E Waters (Eds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* No. 209.

Boon, S.D. & Holmes, J.G. (1991). The dynamics of interpersonal trust: resolving uncertainty in the face of risk. In R.A. Hinde & J Groebel (Eds.), *Cooperation and Prosocial Behaviour* (pp. 190–211) Cambridge: Cambridge University Press

Buunk, B. & Bringle, R.G. (1987). Jealousy in close relationships. In D. Perlman & S. Duck (Eds), *Intimate Relationships* (pp. 123–47). Beverley Hills: Sage.

Damon, W & Hart, D. (1988). *Self-understanding in Childhood and Adolescence* Cambridge: Cambridge University Press.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1024–37.

Dunn, J. (1988) *The Beginnings of Social Understanding.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Dunn, J. & Slomkowski, C. (1992). Conflict and the development of social understanding. In C Shantz & W.W. Hartup (Eds.), *Conflict in Child and Adolescent Development* (pp. 70–92). Cambridge: Cambridge University Press

Earls, F. (1994). Oppositional-defiant and conduct disorders. In M Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 308–29). Oxford: Blackwell.

Eisenberg, N. & Mussen, P.H. (1989). *The Roots of Prosocial Behavior in Children* Cambridge Cambridge University Press.

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and Society.* New York: Norton

Farrington, D.P. *et al.* (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. In B B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology. 13,* 283–342. New York Plenum Press.

Feshbach, S. (1964). The functions of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological Review, 71,* 257–62.

Fincham, F.D. & Bradbury, T.N. (1989). Perceived responsibility for marital events: ego-centric or partner-centric bias. Journal *of Marriage 6r the Family, 51,* 27–35.

Fiske, A.R., Haslam, N. & Fiske, S.T.(1991). Confusing one person with another. what errors reveal about elementary forms of social relations, *Journal of Personality & Social Psychology, 60,* 656–74.

Fletcher, GJ.O. &: Fitness, J (1993). Knowledge structures and explanations in personal relationships In S. Duck (Ed.), *Individuals in Relationships,* pp. 121–43. Newbury Park, CA· Sage.

Fletcher, GJ.O. & Fitness, J. (1996). *Knowledge Structures and Interaction in Close Relationships* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Grusec, J. & Goodnow, J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's intemalisation of values. *Developmental Psychology, 30,* 4–19.

Guerra, N.G. & Slaby, R.G. (1989). Evaluative factors in social problem solving by adolescent *boys Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 277–89.

Hart, C.H., Ladd, G.W. & Burleson, B.R. (1990). Children's expectations of the outcomes of social strategies: relations with sociometric status and maternal disciplinary style. *Child Development, 61,* 127–37.

Hart, D. & Killen, M. (1995) Introduction· perspectives on morality in everyday life. In M Killen & D Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life,* pp. 1–22. Cambridge: Cambridge University Press

Hart, D., Yates, M., Fegley, S. & Wilson, G. (1995). Moral commitment in inner-city adolescents In M. Killen & D. Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life* (pp. 317–41). Cambridge: Cambridge University Press.

Hartup, W.W. (1974). Aggression in childhood: development perspectives. *American Psychologist, 29,* 336–41.

Higgins, E.T., Loeb, I. & Moretti, M. (1995). Self-discrepancies and developmental shifts in vulnerability: Life transitions in the regulatory significance of others. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Emotion, Cognition and Representation,* pp. 191–230. Rochester, NY. University of Rochester Press.

Hinde, R.A. (1991). A biologist looks at anthropology. *Man, 26,* 583–608.

Hinde, R.A. (1997), Relationships; A *Dialectical Approach* Hove: Psychology Press.

Hinde, R A., Tamplin, A. & Barrett, J. (1995). Consistency within and between relationships. *Cztowiek i spoleczenstwo, 12,* 7–18.

Howe, G.W. (1987). Attributions of complex cause and perception of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology, 111,* 9–28.

Huntingford, F. (1991). War and peace revisited. In M. Dawkins, T.R. Halliday & R, Dawkins (Eds.), *The Tinbergen Legacy* (pp. 40–59). London: Chapman & Hall.

Keane, S.P., Brown, K.P. & Crenshaw, T.M. (1990). Children's intention-cue detection as a function of maternal social behavior. *Developmental Psychology, 26,* 1004–9.

Kelley, H.H. (1979). *Personal Relationships.* Hillsdale, NJ. Lawrence Eribaum Associates.

Kendall, P.C. & Braswell, L. (1985) *Cognitive Behavioral Therapy for Impulsive Children.* New York. Guilford. (Cited Earls, 1994.)

Killen, M. & Nucci, L.P. (1995). Morality, autonomy and social conflict. In M. Killen & D. Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life* (pp. 52–86). Cambridge: Cambridge University Press.

Kohlberg, L. (1984). *Essays on Moral Development.* New York: Harper & Row.

Lerner, M. (1974). Social psychology of justice and interpersonal attraction. In T.L. Huston (Ed.), *Foundations of Interpersonal Attraction* (pp 331–55). New York: Academic Press.

Manning, M., Heron, J. & Marshall, T. (1978). Styles of hostility and social interactions at nursery, at school and at home In L. A. Hersov & D. Shatter (Eds.), *Aggression and Anti-social Behaviour in Childhood and Adolescence.* Oxford: Pergamon.

Markus, H., Smith, J. & Moreland, R.L. (1985). Role of the self-concept in the perception of others. *Journal of Personality and Social Psychology, 49,* 1494–512.

McGuire, W.J. & McGuire, C.V (1988). Content and process in the experience of self. *Advances in Experimental Social Psychology, 21,* 97–144.

Mead (1934). *Mind, Self and Society* Chicago: University of Chicago Press.

Miller, J.G. & Bersoff, D.M. (1995). Development in the context of everyday family relationships: culture, interpersonal morality and adaptation. In M. Killen & D. Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life* (pp. 259–82). Cambridge: Cambridge University Press.

Moffitt, T E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology, 8,* 399–424.

Orvis, B R., Kelley, H.H & Butler, D (1976). Attributional conflict in young couples. In J.H. Harvey, W Ickes & R.E. Kidd (Eds.), *New Directions in Attribution Research.* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Processes.* Eugene, OR: Castalia.

Perry, D.G., Perry, L.C. & Kennedy, E. (1992). Conflict and the development of antisocial behavior. In C U. Shantz & W.W. Hartup (Eds.), *Conflict in Child and Adolescent Development* (pp. 301–29) Cambridge: Cambridge University Press.

Piaget, J. (1932, 1965). *The Moral Judgement of the Child.* New York: Free Press.

Planalp, S. (1985). Relational schemata. *Human Communication Research, 12,* 3–29.

Prins, K..S., Buunk, B.P & van Yperen, N.W. (1993). Equity, normative disapproval and extra marital relationships. Journal *of Social and Personal Relationships, 10,* 39–53.

Pulkkinen, L. (1986). The role of impulse control in the development of antisocial and prosocial behavior. In D. Olweus, J. Block & M Radke-Yarrow (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior* (pp. 149–76). Orlando: Academic Press.

Quay, H.C. (1983). A dimensional approach to children's behavior disorder: the Revised Behavior Problem Checklist. *School Psychology Review, 12,* 244–9. (Cited Earls, 1994.)

Straker, G. (1992). *Faces in the Revolution* Cape Town: David Philip.

Tinbergen, N. (1952). Derived activities: their causation, biological significance, origin, and emancipation during evolution. *Quarterly Review of Biology, 27,* 1–32.

Tinklenberg, J.R. & Ochberg, P.M. (1981) Patterns of violence: a California sample. In D.A. Hamburg & M.B. Trudeau (Eds.), *Biobehavioral Aspects of Aggression.* New York: Alan Liss.

Wainryb, C. & Turiel, E. (1995). Diversity in social development. In M. Killen & D. Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life* (pp. 283–316). Cambridge: Cambridge University Press.

Walster, E., Berscheid, E. & Walster, G.W. (1976). New directions in equity research. *Advances in Experimental Social Psychology, 9,* 1–42.

Weiner, B., Amirkhan, J., Folkes, V.S. & Verette, J.A. (1987). An attributional analysis of excuse-giving. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 316–24.

3

Формирование конфликтного и просоциального поведения у детей: результаты исследований по изучению понимания социальных ситуаций и гендерных различий

Judy Dunn

Введение

В данной главе рассматриваются нормальные возрастные модели формирования поведения у детей в ситуации конфликта, их просоциальное поведение, то, как происходит осознание моральных принципов в раннем детском возрасте, и, в частности, некоторые вопросы и проблемы развития, поднятые в современных исследованиях по изучению понимания детьми социальных ситуаций. Понятно, что разрешение конфликтов и осознание моральных норм отражают только две стороны неравнозначных форм поведения, объединенных под одним названием «расстройство поведения». Однако концентрация внимания на том, как дети ведут себя во время спора и как разрешают конфликты, а также на их моральных оценках поможет изучить более широкие аспекты развития человека, которые отражаются в паттернах оппозиционного антисоциального и агрессивного поведения в нормальной популяции. Если мы рассматриваем либо нормальные возрастные изменения, либо индивидуальные различия в конфликтном поведении детей, мы обращаем внимание на огромные изменения в регуляции эмоциональных проявлений у детей, в их понимании социальных норм, в их отношении к чувствам других людей и в усвоении ими норм морали в период детства. Все это имеет место в процессе развития «правильного» поведения и заслуживает особого внимания при развитии «неправильного» поведения.

Важно отметить с самого начала, что конфликт (как интрапсихический, так и межличностный) в основных теориях психологического развития, например в теориях Freud, Vygotsky, Piaget, Sullivan, Ericson и Levin, считается значимым фактором изменений в процессе индивидуального развития (Shantz & Hartup, 1992). Поэтому при рассмотрении конфликта, хотя это предполагает концентрацию внимания только на одном аспекте расстройства поведения, приходится изучать некоторые основные вопросы развития. Например, конфликт между маленькими детьми и их родителями или сверстниками

рассматривается как основной процесс, посредством которого дети начинают осознавать и интерпретировать взгляды и чувства других людей, усваивать принципы и нормы своей культуры, размышлять о собственных поступках и убеждениях. Конфликт обладает огромным потенциалом для индивидуального развития ребенка, а также для формирования отношений и участия в социальной жизни (Ross & Conant, 1992). Однако нередко конфликты детского возраста сопровождаются также расторможенной агрессией, утратой эмоционального контроля, нарушением моральных принципов. Такие конфликты могут приводить к последствиям, деструктивным и наносящим ущерб отношениям между обидчиками и их жертвами, а также вызывать боль и страдания из-за разрушенной дружбы. В силу этих столь различающихся сторон конфликта важно иметь правильное представление о развитии конфликтного поведения, о месте конфликта в отношениях детей, о влиянии как частоты этих конфликтов, так и способа их разрешения на индивидуальное развитие в норме.

Мы знаем, что многочисленные факторы обусловливают индивидуальные различия в поведении детей в конфликтных ситуациях и в частоте их вовлечения в споры как в рамках семьи, так и в обществе сверстников, учителей и других взрослых. Перечень потенциальных факторов, влияющих на эти индивидуальные различия, длинный. Он включает семейные отношения: между родителями (Cumming & Davies, 1994; Grych & Fincham, 1990), между родителями и детьми (Herrera & Dunn, 1997), между братьями и сестрами (Patterson, 1981). Сюда также входят дружба и отношения детей со сверстниками, более широкий социальный контекст, в котором дети растут (микрорайон, школа, центральная часть города, этническое сообщество), психосоциальные факторы риска, связанные с этим контекстом, половая принадлежность и индивидуальные особенности детей (личность, возможности приспособления и регулирования эмоций, а также понимание социальных ситуаций). Анализ результатов исследований по такому широкому кругу факторов выходит за пределы тематики данной главы. Основное внимание в ней будет направлено только на два из этих источников потенциального влияния, которые в последнее время интенсивно изучаются, а именно на понимание социальных ситуаций и половую принадлежность.

В первом разделе кратко отражены основные изменения, происходящие в процессе развития детей с гневным и агрессивным поведением, в формах их поведения во время конфликта, в их просоциальном поведении и соблюдении моральных норм. В этих различных нормативных моделях отмечены гендерные различия. Во втором разделе рассматривается связь индивидуальных различий в этих аспектах развития с возрастающим пониманием детьми социальных ситуаций. Также анализируются результаты современных лонгитудинальных исследований, изучающих связь индивидуальных различий в методах разрешения конфликтов с ранними различиями в понимании социальных ситуаций. В третьем разделе рассматривается ряд вопросов и проблем, связанных с нашим пониманием конфликтного поведения в нормальной популяции. Подчеркивается, что более плодотворным является подход, направленный на изучение конфликтного поведения у детей в рамках конкретных отношений, а не на изучение групповых различий (например, по половому признаку). Такой подход включает оценку динамики эмоциональных реакций в рамках конкретных отношений, а также взаимного влияния последних.

Изменения в процессе развития ребенка

Гнев, агрессия и конфликт

Описание возрастных изменений в проявлении гнева и агрессии у грудных детей и у детей более старшего возраста значительно различается в зависимости от выбранного метода оценки: результаты последних исследований подробно проанализированы Coie и Dodge (1998). Суть заключается в том, что грудные дети гнев явно выражают уже в возрасте четырех месяцев, а к 12 месяцам они реагируют на фрустрацию и на провокации со стороны сверстников протестом и стремлением отомстить. В классической работе Goodenough (1931) показано значительное учащение вспышек гнева в возрасте 12–30 месяцев в домашних условиях. Конфликты со сверстниками, особенно из-за предпочитаемых объектов, учащаются на протяжении второго года жизни; в это время отмечаются частые вспышки гнева, а также недостаточная переносимость фрустрации как в семье, так и при общении со сверстниками, однако эти явления ослабевают на третьем и четвертом годах жизни. Снижение частоты проявлений гнева и дистресса у детей при общении со своими братьями и сестрами особенно заметно в течение четвертого года жизни. В лонгитудинальном исследовании детей в период между двумя и пятью годами мы обнаружили, что в возрасте 33 месяцев около 21% взаимодействий сибсов сопровождались проявлениями сильного гнева или дистресса, этот процент снизился до 9% к четырем годам (Dunn *et al.*, 1996). Усиление проявлений оппозиционного поведения детей по отношению к своим родителям в течение второго и третьего годов жизни было непосредственно связано с повышением уровня осведомленности детей о себе и других людях, об автономии и о независимости (Spitz, 1957).

В отличие от ослабления эмоциональных и агрессивных реакций на фрустрацию в дошкольном возрасте, проявления вербальной агрессии резко усиливаются в возрасте 24–48 месяцев в связи с расширением лингвистических и коммуникативных возможностей детей. Общепризнано, что расширение вербальных навыков играет основную роль в снижении частоты вспышек расторможенности и гнева.

Существуют ли гендерные различия в уровне агрессивного поведения в младшем школьном возрасте?

По мере взросления, во время учебы в начальной школе, большинство детей гораздо реже проявляют агрессию при общении со сверстниками, в то время как во многих семьях конфликты, явная агрессивность и враждебность на вербальном уровне в отношениях с братьями и сестрами остаются на высоком уровне (Boer & Dunn, 1990); физическую агрессию по отношению к сибсам обычно проявляют как девочки, так и мальчики. В целом формы агрессивного поведения также изменяются в школьные годы. Это поведение становится более явно направленным на определенных лиц и зависящим от проблем общения. Основные провоцирующие факторы включают, например, ощущение угрозы и манипулирование отношениями в группе сверстников. В последних работах, посвященных изучению конфликтов между детьми школьного возраста, особенно между девочками, в отличие от прямой агрессии выделяется «агрессия отно-

шений»: эта категория включает попытки исключить некоторых детей из узкого круга сверстников, очернить репутацию и распускать недоброжелательные сплетни (Crick, 1995; Crick & Grotpeter, 1995).

В старшем дошкольном возрасте гендерные различия в частоте агрессивного поведения, проявляемого детьми в группах, очевидны в разных культурах и социально-экономических условиях. Мальчики чаще вовлекаются в конфликты по сравнению с девочками; их игры более жесткие, они отстаивают свои взгляды более настойчиво и часто проявляют больше физической агрессии (см. обзор Coie & Dodge, 1998). Эти гендерные различия в поведении становятся более выраженными ближе к подростковому возрасту. Что лежит в основе этих различий между мальчиками и девочками? Хотя возможно, что биологические факторы имеют значение на ранних стадиях появления гендерных различий в отношении агрессивности и конфликтов — например, мальчики грудного возраста гораздо чаще импульсивно хватают игрушки (Hay *et al.*, 1983), — эти гендерные различия усиливаются тенденцией к группированию по половому признаку в группах сверстников уже в раннем детстве (Maccoby, 1986). Считается, что у мальчиков в отношениях друг с другом развивается такой стиль, который поощряет и поддерживает настойчивость, состязательность и даже агрессивность, в то время как у девочек развивается групповое взаимодействие, включающее в большей мере сотрудничество, они чаще делают попытки разрешить конфликт путем примирения. Кроме того, различия в восприятии и реагировании взрослых на агрессию и конфликты среди мальчиков и среди девочек также, по-видимому, влияют на появление гендерных различий. Разграничение открытой агрессии и «агрессии отношений» до некоторой степени полезно. Оно привело, например, к включению девочек, наряду с мальчиками, в исследования детей группы риска в отношении развития расстройства поведения, а также выявило важность некоторых аспектов агрессивного поведения, которым раньше уделялось недостаточно внимания. Однако необходимо учитывать три момента в отношении гендерных различий в формах агрессивного поведения.

Первый момент заключается в том, что эти формы поведения наблюдаются как у мальчиков, так и у девочек. Учитывая, что девочки чаще лучше владеют словом и больше озабочены отношениями в группах, чем мальчики, неудивительно, что в условиях групп обнаружены гендерные различия в «агрессии отношений». Однако мотивация агрессивного и конфликтного поведения четко различается по половому признаку. Второй момент заключается в том, что «агрессия отношений» не является элементом развития, характерным только для детей школьного возраста, она проявляется и у детей дошкольного возраста, это могут подтвердить все исследователи, работавшие в дошкольных учреждениях (Crick *et al.*, 1997). Этот вид агрессии стал гораздо чаще использоваться как средство достижения успеха в стратегии преодоления конфликта по мере того, как интерес детей к сверстникам в их группе и их понимание становятся более зрелыми. Третий момент состоит в том, что могут существовать культуральные различия в выражении этих различных форм агрессивного поведения, связь которых с полом установлена на основании исследований, проводимых в основном в США. Недавно проведенное исследование детей в Центральной Италии показало, что «агрессия отношений» чаще встречалась среди мальчиков, чем среди девочек (Tomada & Schneider, 1997).

Проблемы развития

При изучении изменений при нормальном развитии человека обнаружились две общие проблемы. Во-первых, один и тот же основной конструкт, такой как агрессия, проявляется в различных аспектах поведения в разном возрасте. Для детей с крайними проявлениями оппозиционного поведения и с расстройством поведения это описали, например, Lahey и Loeber, (1994), выделившие траектории развития, в ходе которого проблема агрессивного поведения начинается с вспышек гнева, раздражительного и надоедливого поведения. Такие формы поведения часто отмечаются у детей дошкольного возраста, но обычно исчезают в основном к восьми–девяти годам (Loeber *et al.*, 1991). Дети, у которых выявлены расстройства поведения как медицинская проблема, за время обучения в начальной школе обычно не могут преодолеть эти трудности. (Конечно, возможно, что эти дети даже в дошкольном возрасте отличались по своему социальному поведению от детей, которые преодолели свои вспышки гнева раннего детского и дошкольного возраста.)

С другой стороны, Farrington (1995) утверждал, что один и тот же основной конструкт антисоциального поведения проявляется в разной степени по мере взросления детей (например, частые драки в восьмилетнем возрасте, вандализм в возрасте 12 лет и т. д.). Наше исследование дошкольников группы риска в отношении развития антисоциального поведения показывает, что изменения происходят даже раньше: четырехлетние дети, которых мы изучали, часто прибегали к играм с элементами насилия со своими сверстниками, а в возрасте пяти–шести лет они также начинали интересоваться сексуальными играми. В норме у детей степень непрерывности и дискретности процесса развития, очевидно, менее четко выражена. Например, в семье братья и сестры продолжают дразнить и умышленно досаждать друг другу до среднего детского возраста и младшего подросткового возраста, хотя уровень явной физической агрессии снижается.

Вторая общая проблема, вытекающая из данных описательных исследований по изучению процессов развития в неклинических популяциях детей, связана с тем, что изменения агрессивных и гневных форм поведения зависят, скорее всего, от значительных изменений в процессе развития навыков речи и общения, от усвоения общепринятых взглядов и социальных правил, от регулирования эмоций и развития когнитивных стратегий совладания без ожидания немедленного вознаграждения (Mischel, 1974). Такие возрастные тенденции четко проявляются, например, в изменении подходов детей к разрешению конфликтов в период между младшим и средним детским возрастом (примеры приведены ниже).

Стратегии поведения в ситуации конфликта

В раннем детском и дошкольном возрасте дети начинают чаще прибегать к обоснованию, отрицанию преднамеренности проступков, извинению и обвинению других в процессе споров. Эти приемы отражают развивающееся понимание детьми того, что определяет реакции других людей на те или иные проступки, и того, как они (дети) могут достигать собственных целей. Дети начинают все более четко объяснять те или иные причины своих действий, а также обосновывать адекватность своих целей.

Хотя эти изменения в процессе развития сопровождаются одновременным снижением явной физической агрессии при конфликтах, они ни в коей мере не обеспечивают

усиления гармоничности отношений. В наших лонгитудинальных исследованиях детей в условиях семьи мы разграничивали использование детьми рассуждений и обоснований для достижения своих целей в спорах («ориентированное на себя» разрешение конфликтов) и для разрешения конфликта с учетом пожеланий или целей других людей («ориентированное на других» разрешение конфликтов). Хотя в процессе развития отмечалось явное повышение частоты использования рассуждений (в противоположность простому протесту или физической враждебности) в спорах с матерями, братьями и сестрами, расширялось именно применение методов, ориентированных на себя, а не когнитивных стратегий, направленных на решение конфликта в интересах обеих сторон. Другими словами, дети применяли свои новые умения ведения спора для достижения своих целей, а не для разрешения конфликта, и гармоничность отношений в семье не повышалась одновременно с новым уровнем понимания. На этом уровне не было обнаружено статистически значимых гендерных различий в развитии навыков ведения споров.

Особенно серьезные изменения проявляются в среднем детском возрасте, не только в диапазоне социальных знаний — это отражается в способности детей оправдываться и извиняться, — но и в их понимании того, что будет приятным или неприятным для других. По мере того как дети начинают лучше понимать сложные социальные эмоции в возрасте от пяти до девяти–десяти лет, они используют это понимание других любопытными способами. Следующие примеры содержат высказывания детей шести–семи лет, которых изучали в условиях семьи (Bretherton *et al.*, 1986).

Высказывания	**Контекст**
«Я пытался подойти к Джиму, чтобы опять с ним играть, но он не захотел подойти ко мне. И он не... когда мальчик еще не стал действительно твоим другом, он не может понять, что ты не хотел сделать ему плохо» .	Объясняет матери инцидент в школе, когда он случайно ударил другого мальчика.
«Ну, хорошо. Иногда, когда я тебя ударю, а потом хочу извиниться, ты меня отталкиваешь, потому что сердишься» .	Объясняет подруге, почему другой ребенок не реагирует на ее попытки утешить его.
«Если ты не можешь вспомнить, что надо меня поцеловать, значит, ты недостаточно думаешь обо мне» .	Когда мать забыла поцеловать ее на ночь.

В среднем школьном возрасте дети также лучше начинают понимать социальные сигналы враждебности или нежелания общаться (Dodge, 1986). И опять же, такое понимание, конечно, не гарантирует более доброжелательного поведения; умение осознать намерения других людей может быть использовано как для разрешения конфликтов, так и для их обострения.

Гендерные различия в стратегиях разрешения конфликта между людьми в рамках близких отношений

В стратегиях разрешения конфликта у детей в условиях групп были описаны гендерные различия. Например, Eisenberg и коллеги указывали, что девочки чаще, чем мальчики, прибегают к переговорам во время конфликтов и таким образом могут предупредить эскалацию конфликтов до агрессивных проявлений (Eisenberg *et al.*, 1994).

Однако не было показано, что такие различия по половому признаку существуют между детьми, у которых сложились близкие отношения.

В двух лонгитудинальных исследованиях, проведенных в США и Великобритании, нам не удалось выявить вышеупомянутые различия в методах разрешения конфликтов, а также в частоте и длительности конфликтов детей с их матерями, братьями и сестрами (в возрасте детей 33–47 месяцев), а также в ситуации конфликтов один на один с друзьями (в возрасте детей 47 месяцев и шести лет). Полученные данные показывают, что в рамках близких отношений в семье и с близким другом выраженные индивидуальные различия поведения в ситуации конфликта в норме у маленьких детей, наблюдавшихся по месту жительства, не объяснялись половой принадлежностью (Pethick, неопубликованные данные).

Просоциальное поведение

Данные литературы об изменении просоциального поведения в процессе развития ребенка недавно проанализированы в обзоре Eisenberg и Fabes (1998). Признаки проявления эмпатии и интереса в отношении переживаний других людей обнаружены у грудных детей первого года жизни, а попытки детей оказать помощь и успокоить становятся более эффективными и частыми на втором году жизни, одновременно возрастает способность понимать взгляды и чувства других людей. Стремление поделиться и помочь другим людям также проявляется чаще на втором году жизни. Вопрос о том, как развиваются эти изменения просоциальных форм поведения с возрастом в последующие годы, остается спорным. Некоторые исследования показывают ослабление этих тенденций в раннем детском возрасте (Hay, 1979, 1994), однако данные проведенного недавно обширного метаанализа результатов доступных исследований свидетельствует об общей тенденции к расширению просоциальных форм поведения с возрастом (Fabes & Eisenberg, 1996). По данным этой работы, дети, взрослея, чаще проявляют стремление помочь другим и эмпатию, по крайней мере в раннем детском возрасте и в период пребывания в начальной школе. Однако эти изменения представляют собой сложную картину, и план исследований существенно влияет на получаемые результаты (Eisenberg & Fabes, 1998).

Процессы развития, которые лежат в основе этих изменений, еще хорошо не изучены. Понятно, что здесь играет важную роль развивающееся умение детей постигать эмоции и взгляды других людей, понимать эмоциональные проявления и оценивать сложные социальные ситуации. Это же относится к развитию процессов внимания и планирования (Krebs & Van Hesteren, 1994). Кроме того, отмечаются также связанные с развитием изменения мотивации детей помогать другим людям и поддерживать их (Eisenberg, 1986). Были предложены схемы стадийности изменений мотивации к просоциальному поведению, как, например, в модели, созданной Bar-Tal и коллегами (Bar-

Tal *et al.*, 1980). Согласно этой модели у детей отмечаются изменения — от мотивации, основанной вначале на материальном поощрении и избегании наказания, через принятие социальных требований к альтруизму без концентрации внимания на собственных интересах. Некоторые специалисты поддерживают эту модель (Eisenberg & Fabes, 1998).

Существуют ли гендерные различия в просоциальном поведении?

В наших культурах общераспространенным является мнение, что женщины отличаются большим сочувствием, эмпатией и более просоциальным отношением к другим людям. Считается общепринятым и даже закономерным, что девочки по сравнению с мальчиками более склонны оказывать помощь, сочувствовать и проявлять эмпатию. Некоторые кросскультуральные исследования показывают, что девочки чаще, чем мальчики, оказывают помощь и поддержку, и это касается очень разных культур, по крайней мер, среди детей среднего детского возраста (Whiting & Edwards, 1973). Обычно считается, что стереотипы гендерной роли и культуральные ожидания играют основную роль в развитии таких различий, и это подтверждено рядом экспериментальных исследований (Eisenberg & Fabes, 1998). Однако, как свидетельствует недавно опубликованный обзор Eisenberg и Fabes (1998), эмпирические доказательства различий просоциального поведения противоречивые и неоднозначные. Результаты, полученные при проведении метаанализа, показывают, что, например, гендерные различия явно выражены при суммарной оценке, отражающей доброту или заботливость (при этом девочки чаще проявляют доброту), менее ясно это в отношении показателей, отражающих фактическую помощь или желание поделиться. Гендерные различия также больше выражены в ситуациях, когда объектом был взрослый человек или другой ребенок. Они также более четко проявлялись при самооценке, чем на основе наблюдения, и это может частично объяснять большее различие в таких сферах, как тактичность (обычно измеряемая на основании самооценки), по сравнению с инструментальной помощью (обычно оцениваемой методом наблюдения).

На основании проведенного тщательного анализа литературы Eisenberg и Fabes (1998) сделали много важных общих выводов о влиянии половой принадлежности на просоциальное поведение. Авторы отмечают, что, хотя мальчики и девочки явно не различаются по некоторым показателям просоциального поведения, поведение девочек можно охарактеризовать как более просоциальное в связи с более низким уровнем явной агрессии. В целом данные в пользу влияния половой принадлежности на эмпатию, симпатию и просоциальное поведение зависят от конкретных методов оценки поведения. Гендерные различия более четко определялись в исследованиях, в которых испытуемые могли контролировать свои ответы, в частности, при самооценке, и практически отсутствовали при использовании, например, физиологических показателей (которые респонденты не могли контролировать). Что касается изменения гендерных различий в эмпатии или в просоциальном поведении в процессе развития, Eisenberg и Fabes считают, что возрастная траектория гендерных различий — как в просоциальном поведении, так и в эмпатии — остается неясной. Хотя с возрастом эти различия проявлялись в большей степени, если для их оценки использовались одномерные показатели просоциального поведения, они не зависели от возраста (по данным метаанализа, когда принимались во внимание методы исследования; см. выше).

Гендерные различия в поведении у обычных и беспокойных детей

Приведенные данные о развитии просоциального и конфликтного поведения у маленьких детей (обычных) поставили ряд вопросов в отношении общепринятых взглядов об универсальности гендерных различий в этом поведении у детей раннего возраста. Однако у детей с расстройством поведения эти различия поразительные. Как можно объяснить существование таких разных моделей? Необходимо учитывать три возможности. Во-первых, рассматриваемый в данном случае период развития включает в основном ранний и средний детский возраст, и сравнение, например, с ранним подростковым возрастом, в котором гендерные различия в просоциальном поведении более выражены, может быть некорректным. Более интересен второй вариант, при котором признают различия между оппозиционным поведением и расстройством поведения, что тоже необходимо учитывать. В нескольких обширных исследованиях выявили, что оппозиционное поведение проявляется в равной степени у мальчиков и у девочек, тогда как гендерные различия у детей с расстройством поведения достаточно выражены. Большинство форм конфликтного поведения у обычных детей относится к первой категории, а не ко второй.

И третья возможность — по-видимому, наиболее вероятная — состоит в том, что характер гендерных различий, описанных у детей с расстройством поведения, отражает реальные различия между крайними и умеренными проявлениями этих расстройств у детей. Другими словами, неуместна простая экстраполяция «нормальных» вариантов оппозиционного поведения в ситуации конфликта или стремления помочь другим и в эмпатии (что касается половой принадлежности), потому что процессы, участвующие в развитии и поддержании этих форм поведения, различаются по основным аспектам у детей с противоположными характеристиками. Каждая из этих возможностей заслуживает изучения.

Моральные оценки

Литература по вопросам моральных оценок и реагирования детей на проступки других людей явно имеет отношение к любому анализу конфликтного и просоциального поведения в детском возрасте как у обычных детей, так и в группе риска развития расстройств поведения, однако эти вопросы выходят за пределы темы данной главы. Недавно опубликованный обзор современных теоретических и эмпирических исследований можно найти в работе Turiel (1998), а здесь я хочу подчеркнуть два основных момента. Первый касается общих тенденций развития. Разные авторы рассматривают их с точки зрения разных теорий, очень отличающихся друг от друга, и это означает, что мы до сих пор далеки от того, чтобы иметь единую, т. е. основополагающую, теорию развития. Например, в подходах к нравственному развитию отмечаются фундаментальные различия между формулировками, которые основываются на моральных поступках в смысле моральных оценок, и формулировками, которые основываются на понятиях социальных эмоций и мотивации. Примеры из первой группы, такие как концепции Kohlberg или Piaget, выделяют стадии развития способности давать моральные оценки в зависимости от когнитивных возможностей. В отличие от этого Hoffman (1991) предлагает модель, согласно которой развитие эмпатии приводит не только к моральным поступкам, но и к моральным оценкам.

Конечно, во всех этих концепциях основную роль играет способность понять точку зрения другого человека. Но даже в моделях, которые ставят на первое место в моральном развитии эмоции (в рамках традиций Hume, 1751/1966; Smith, 1759/1956), существуют противоречия в полученных данных в отношении развития, а также различия в их интерпретации. Например, в рамках этих подходов изменения в процессе развития описываются исходя из возрастающего понимания детьми смешанных или амбивалентных эмоций. Считают, что реакция правонарушителя на последствия совершенного им проступка связана, главным образом, с его оценкой переживаний пострадавшего, а также с возможностью, что правонарушитель может испытывать как позитивные эмоции (как, например, при выигрыше, основанном на обмане), так и чувство грусти или вины, учитывая переживания пострадавшего. Некоторые исследования этого направления выявили, что только к возрасту около восьми лет дети начинают понимать смешанные чувства, которые испытывают люди, причиняющие вред другим, и думать о возмещении ущерба. Однако результаты разных исследований противоречивые; некоторые из них показывают, что дети продолжают оставаться «счастливыми обидчиками» до среднего детского возраста, при этом до семи–десяти лет они по-прежнему считают, что причинение вреда делает обидчика счастливым (Arsenio & Kramer, 1992; Arsenio & Lover, 1995). Эта проблема понимания сложности чувств жертвы и обидчика может иметь первостепенное значение для детей с расстройством поведения. Недавно проведенное Arsenio и Fleiss (1996) исследование показало, что дети с дезорганизованным поведением представляли себе чувства людей, совершающих проступки, иначе, чем другие дети. Они минимизировали чувство страха, связанное с положением жертвы, и объясняли чувства обидчика, исходя в основном из желательных последствий, как материальных, так и психологических. Они реже упоминали о потерях, об ущербе и о несправедливости, связанных с действиями обидчика.

Гендерные различия в развитии моральных качеств и оценок

Второй момент касается вопроса о гендерных различиях в развитии моральных качеств. С этим связано много противоречивых взглядов, подчеркнутых, например, в высказывании Gilligan, что мораль женщин отличается по природе от морали мужчин (см. Gilligan & Wiggins, 1987). Она и другие авторы утверждают, что «мораль справедливости», которая сосредоточена на нормах, правах и автономии (в чем мужчин во многих исследованиях оценивают более высоко, чем женщин), противоречит «логике, лежащей в основе этики заботы, [которая] представляет собой психологическую логику отношений» (с. 73), — аспект морали, связанный с привязанностью и другими аспектами отношений, которые имеют особое значение для женщин.

Это очень весомый аргумент. Существуют ли доказательства гендерных различий в моральных оценках детей раннего детского возраста, как этого можно ожидать согласно теории Gilligan? В двух лонгитудинальных исследованиях (одно проведено в США, другое — в Великобритании) мы изучали реакцию детей на сценарии, включающие конфликты между близкими друзьями или родственниками. С детьми в возрасте четырех лет мы проводили интервью, задавая прямой вопрос о проступках, в которых они были виновниками или жертвами в ситуациях, когда другой стороной был либо сибс, либо друг. Через год и через два года мы оценивали моральные установки детей с помощью метода, разработанного Kochanska (1991) (см. Dunn *et al.*, 1995*a*). В данном

случае обследование было направлено на разные проступки, в которых ребенка просили сыграть роль обидчика; затем ему задавали ряд вопросов, касающихся чувств пострадавшего и обидчика, а также того, чем может закончиться эта история.

В данных исследованиях не было выявлено статистически значимых гендерных различий в суждениях четырехлетних детей о моральных противоречиях в отношениях с сибсами и друзьями (как в США, так и в Великобритании). При последующих обследованиях, которые не были непосредственно связаны с семейными отношениями, а основывались на сценариях с участием сверстников, обнаружены некоторые гендерные различия. У девочек отмечались более зрелые моральные оценки — они меньше думали о наказании и больше о чувствах жертвы. Однако не совсем ясно, отражает ли отсутствие гендерных различий в результатах опроса четырехлетних детей разницу в возрасте по сравнению с последующими обследованиями, или это объясняется концентрацией внимания на реальных отношениях с сибсами и друзьями. Следовательно, мальчики и девочки могут не отличаться друг от друга по своим моральным оценкам, когда речь идет об этической стороне дружеских и семейных отношений, а не отношений со сверстниками.

Индивидуальные различия в понимании социальных ситуаций и их связь с конфликтным и просоциальным поведением

Сказанное в предыдущих разделах явно указывает на роль в конфликтном и просоциальном поведении изменений понимания социальных ситуаций как элемента общих изменений процесса развития ребенка. К тому же исследования детей с крайне агрессивными формами поведения подтверждают роль понимания социальных ситуаций в формировании нарушений их адаптации (Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1986). Насколько важны различия в понимании чувств и намерений других людей для формирования различных подходов к разрешению конфликта у детей в норме, а также их просоциальных и моральных оценок? Такие индивидуальные различия в понимании мыслей и чувств отмечаются в любом исследовании детей дошкольного или более старшего возраста. Связаны ли эти различия в понимании социальных ситуаций с половой принадлежностью?

Ряд лонгитудинальных исследований, проведенных нами в США и Великобритании, может служить иллюстрацией некоторых общих принципов. Во-первых, данные, полученные в исследовании, которое проводилось в Пенсильвании, показали, что ранние различия в понимании мыслей и чувств (детям было по 40 месяцев) были связаны с последующими различиями в стратегиях, применявшихся детьми для разрешения конфликтов с их матерями, братьями, сестрами и близкими друзьями (Dunn & Herrera, 1997; Dunn *et al.*, 1995b; Slomkowski & Dunn, 1992; Tesla & Dunn, 1992). Дети, которые хорошо понимали мысли и чувства других в трехлетнем возрасте, через несколько лет чаще использовали в спорах аргументацию, а не просто выражали несогласие или проявляли откровенную агрессию.

Но важным был второй момент, а именно использование детьми умения понять в одной ситуации не переносилось на способы разрешения конфликта в двух других ситуациях, которые мы изучали. Другими словами, некоторые дети прибегают к переговорам и аргументации во взаимодействиях со своими матерями, но не применяют эти способы в отношениях с братьями и сестрами или с друзьями. Другие используют ар-

гументацию при общении с друзьями, но не с членами семьи и т. п. Применение детьми различающихся стратегий для разрешения конфликта при разных отношениях позволяет выделить один важный принцип. Динамика и качество конкретных отношений оказывают большое влияние на то, как дети используют свою способность понимать, разрешать или обострять конфликт. Мы должны отказаться от предположения, что понимание детьми мыслей других является обособленной когнитивной способностью, не зависящей от эмоционального состояния детей или от конкретной ситуации, в которой дети исследуются (Dunn *et al.*, 1996).

Третий момент заключается в том, что, как и ожидалось, были выявлены другие важные возрастные закономерности индивидуальных различий в поведении детей в ситуации конфликта. Например, приемы, с помощью которых матери разрешали конфликт, когда детям было по 2 года, коррелировали с методами разрешения конфликтов детьми в шестилетнем возрасте со своими друзьями. Имел значение также уровень индивидуального развития вербальных навыков (Herrera & Dunn, 1997). Конечно, эта модель, если она будет воспроизведена на других выборках, поможет понять формирование поведения в ситуации конфликта у детей с расстройством поведения.

Исследования с применением стандартизации, посвященные изучению моральных оценок детьми своих проступков, подтверждают одни и те же общие положения, касающиеся связи с ранним пониманием социальных ситуаций, важности конкретных отношений и того, как это понимание влияет на суждения или поступки. Во-первых, как в исследованиях, проводившихся в США, так и в нашем продолжающемся исследовании в Лондоне раннее понимание детьми мыслей и чувств других людей действительно коррелировало с возникающими у них позже моральными оценками (Dunn *et al.*, 1995a). Например, в лондонском исследовании детей в возрасте четырех и пяти лет индивидуальные различия в понимании чувств и в понимании мыслей независимо влияли на разницу в моральных оценках, и эти корреляции не объяснялись только коэффициентом интеллекта (IQ) или вербальными навыками. Дети с высокими показателями при оценке понимания чувств и мыслей давали более зрелые моральные оценки проступков, совершаемых друзьями, сибсами, по сравнению с детьми с более низкими показателями понимания социальных ситуаций. Эти закономерности не объяснялись различиями в вербальных навыках (хотя последние независимо коррелировали с показателями моральных оценок). Во-вторых, дети по-разному аргументировали и по-разному оценивали проступки, причинение вреда и возмещение ущерба в зависимости от того, касалось это их лучшего друга или сибса.

Выводы

В этом заключительном разделе кратко изложены некоторые ключевые вопросы, поставленные в современных исследованиях процессов развития, которые посвящены конфликтному и просоциальному поведению детей в норме, и связи таких форм поведения с пониманием социальных ситуаций и с половой принадлежностью.

Первый вопрос касается различий между способностью понимать чувства, намерения и цели других людей и использованием этой способности в разрешении конфликтов и социально-этических проблем реальной жизни. Эти различия, скорее всего, ха-

рактерны как для детей группы риска развития расстройства поведения, так и для детей при нормальном развитии. Понятно, что важно выяснить следующее: либо поведение детей с расстройством поведения в ситуациях конфликта отражает проблемы их понимания других людей в целом, либо именно использование этого умения в конкретных социальных условиях отличает их от других детей.

Второй вопрос, который прямо вытекает из первого, касается того, что дети используют свою способность понимать по-разному в рамках различных близких отношений. Оказывается, что разные варианты поведения — использование детьми умения понимать чувства и намерения других людей для разрешения конфликтов, или продолжение своей линии поведения, или неиспользование своих способностей к рассуждению и ведению переговоров вообще — зависят от других особенностей конкретных отношений детей с их оппонентами. Решающее значение, скорее всего, имеет динамика эмоциональной окраски конкретных отношений, например история отношений между их участниками.

Здесь снова необходимо отметить важность понимания того, как дети с расстройством поведения ведут себя в ситуации конфликта или в процессе общения с собеседником, переживающим дистресс. Отмечается ли у детей с расстройством поведения общая неспособность понимать чувства и намерения других людей во всех видах отношений? Или существуют различия в их поведении в ситуации конфликта в рамках разных социальных отношений, как это было с детьми, которых мы изучали? Чтобы уточнить причины трудностей, возникающих у детей с расстройством поведения в социальных ситуациях, необходим разносторонний подход к изучению их отношений, а не концентрация внимания в основном на вопросах конфликта и контроля поведения. Продолжающееся исследование учащихся средней школы, которых могут исключить из школы в связи с нарушениями поведения, показало, что отношения этих детей с разными преподавателями складываются по-разному и степень нарушений поведения различается не только в разных классах, но и в значительной степени зависит от «качества» отношений ребенка с преподавателем каждого из учебных предметов (O'Connor, неопубликованное сообщение).

Что касается просоциального поведения и моральных оценок, как и взаимодействия в ситуации конфликта, наиболее важны реальные отношения между ребенком и другим человеком, что определяет склонность детей проявлять альтруизм или помогать другим людям. В данном случае также вероятно, что это относится и к детям с расстройством поведения, но по этому вопросу нет систематизированной информации.

В этой связи возникает вопрос о социальном контексте, в котором проводятся исследования детей. По-видимому, гендерные различия в агрессивном или просоциальном поведении чаще обнаруживаются в «публичных» местах (в классах, на игровых площадках, в группах детей на улицах), а не в близких или семейных отношениях. Мы должны осознавать, что в рамках семьи начинают появляться другие формы отношений, например явная агрессия, проявляемая девочками даже по достижению среднего детского возраста в отношении их братьев и сестер. Здесь снова возникает вопрос, отмечаются ли такие явления у детей с дезорганизованными тенденциями или с расстройством поведения.

Третий вопрос носит более общий характер. Среди исследователей проблемы социального развития возрастает интерес к природе и роли взаимного влияния отноше-

ний между детьми. В настоящее время многие признают, что следует продвигаться дальше признания общего факта, что дети играют роль в ускорении и проявлении конфликтов и споров. Мы должны решить сложные вопросы о том, когда и какие дети вызывают реакции неприязни, и насколько сильные, со стороны других людей или создают ситуации, которые провоцируют дезорганизованное либо агрессивное поведение. Этот вопрос, важный с точки зрения общих моделей развития, имеет особое значение для детей группы риска формирования расстройства поведения и заслуживает внимания исследователей.

Выражение признательности

Описанные в данной главе исследования понимания социальных ситуаций и конфликтов, проведенные в США и Великобритании, получили поддержку Совета по медицинским исследованиям Великобритании и Национального института здоровья США (HD 23158). Мы очень благодарны семьям, принявшим участие в исследованиях.

ЛИТЕРАТУРА

Arsenio, W. & Fleiss, K. (1996). Typical and behaviourally disruptive children's understanding of the emotional consequences of socio-moral events. *British journal of Developmental Psychology, 14,* 173–186.

Arsenio, W. & Kramer, R. (1992). Victimizers and their victims: Children's conceptions of the mixed emotional consequences of moral transgressions. *Child Development, 63,* 915–27.

Arsenio, W. & Lover, A. (1995). Children's conceptions of sociomoral affect: Happy victimizers, mixed emotions, and other expectancies. In M. Killen & D. Hart (Eds.), *Morality in Everyday Life* (pp. 87–128). Cambridge: Cambridge University Press

Bar-Tal, D., Raviv, A & Leiser, T. (1980). The development of altruistic behavior: Empirical *evidence Developmental Psychology, 16,* 516–24.

Boer, F. & Dunn, J. (1990). *Children's Sibling Relationships. Developmental and Clinical Issues.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bremerton, I , Fritz, J., Zahn-Waxler, C. & Ridge-way, D (1986) Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. *Child Development, 57,* 529–48.

Coie, J.D. & Dodge, K..A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology,* (Vol. 3, pp 779–862). New York: John Wiley & Sons.

Crick, N.R. (1995). Relational aggression. The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Development and Psychopathology, 7,* 313–22

Crick, N.R., Casas, J.F. & Mosher, M. (1997). Relational and overt aggression in preschool. *Developmental Psychology, 33,* 570–88.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin. 115,* 74–101.

Crick, N.R. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Development, 66,* 710–22.

Cummings, E.M. & Davies, P. (1994). *Children and Marital Conflict· The Impact of Family Dispute and Resolution.* New York: Guilford.

Dodge, K. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology,* Vol. 18. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Dunn, J., Brown, J.R. & Maguire, M. (1995a). The development of children's moral sensibility: Individual differences and emotion understanding. *Developmental Psychology, 31,* 649–59.

Dunn, J., Creps, C. & Brown, J. (1996). Children's family relationships between two and five: Developmental changes and individual differences. *Social Development, 5,* 230–50.

Dunn, J. & Herrera, C. (1997). Conflict resolution with friends, siblings, and mothers: A developmental perspective. *Aggressive Behavior, 23,* 343–57.

Dunn, J., Slomkowski, C., Donelan, N. & Herrera, C. (1995b). Conflict, understanding, and relationships: Developments and differences in the preschool years. Special Issue: Conflict resolution in early social development. *Early Education and Development, 6,* 303–16.

Eisenberg, N (1986). *Altruistic Emotion, Cognition and Behaviour* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Eisenberg, N. & Fabes, R. (1998). Prosocial development. In W. Damon (Ed.), *Handliook of Child Psychology,* (Vol. 3, pp. 701–78). New York: John Wiley & Sons.

Eisenberg, N., Fabes, R., Nyman, M., Bernzweig, J. &: Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development, 65,* 109–28.

Fabes, R. & Eisenberg, N. (1996). *An examination of age and sex differences in prosocial behaviour and empathy* Unpublished data, Arizona State University

Farrington, D.P (1995) The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 1–36

Gilligan, C. & Wiggins, G. (1987) The origins of morality in early childhood relationships In J. Kagan & S. Lamb (Eds.), *The Emergence of Morality in Young Children* (pp. 277–305). Chicago: University of Chicago Press.

Goodenough, F.L. (1931). *Anger in Young Children* Minneapolis. University of Minnesota Press.

Grych, J.H. &: Fincham, F F. (1990) Marital conflict and children's adjustment· A cognitive contextual framework. *Psychological Bulletin, 108,* 267–90

Hay, D.F. (1979). Cooperative interactions and sharing between very young children and their parents. *Developmental Psychology, 15,* 647–53.

Hay, D.F. (1994). Prosocial development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35,* 29–71

Hay, D.F , Nash, A. & Pedersen, J. (1983). Interactions between 6-month-olds. *Child Development, 54,* 557–62.

Herrera, C. & Dunn, J. (1997). Early experiences with family conflict: Implications for arguments with a close friend. *Developmental Psychology, 33,* 869–81.

Hoffman, M.L. (1991). Towards an integration of Kohlberg's and Hoffman's moral development theories. *Human Development, 34,* 105–10.

Hume, D. (1751/1966). *An Enquiry Concerning the Principles of Morals* La Salle, IL: Open Court.

Kochanska, G. (1991). Socialization and temperament in the development of guilt and conscience. *Child. Development, 62,* 1379–92.

Krebs, D.L. & Van Hesteren, F. (1994). The development of altruism Toward an integrative model *Developmental Review, 14,* 103–58.

Lahey, B. & Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In D Routh (Ed.), *Disruptive Behavior Disorders in Childhood* New York. Plenum Press.

Loeber, R., Lahey, B. & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 379–90.

Maccoby, E.E (1986). Social groupings in childhood: Their relationship to prosocial and antisocial behaviour in boys and girls. In D. Olweus, J. Block & M. Radke-Yarrow (Eds.), *The Development of Antisocial and Prosocial Behaviour* (pp. 263–84) New York: Academic Press.

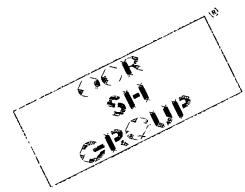
Mischel, W. (1974). Processes in delay of gratification. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology,* Vol. 7. New York. Academic Press.

Patterson, G.R. (1981) *Coercive Family Process* Eugene, OR· Castalia Press.

Ross, H.S. & Conant, C.L. (1992). The social structure of early conflict. Interaction, relationships, and alliances. In C.U. Shantz & W.W. Hartup (Eds.), *Conflict in Child and Adolescent Development* (pp. 153–85). Cambridge: Cambridge University Press.

Shantz, C.U. & Hartup, W.W. (1992). Convict in *Child and Adolescent Development* Cambridge: Cambridge University Press.

Slomkowski, C.L. & Dunn, J. (1992). Arguments and relationships within the family: Differences in young children's disputes with mother and sibling. *Developmental Psychology, 28,* 919–24.
Smith, A. (1759/1956). *The Theory of Moral Sentiments.* Oxford: Clarendon Press.
Spitz, R.A. (1957). *No and Yes: On the Genesis of Human Communication.* New York: International Universities Press.
Tesia, C. & Dunn, J. (1992). Getting along or getting your own way: The development of young children's use of argument in conflicts with mother and sibling. Social *Development, 1,* 107–21.
Tomada, G. & Schneider, B.H. (1997). Relational aggression, gender, and peer acceptance: Invariance across culture, stability over time, and concordance among informants. *Developmental Psychology, 33,* 601–9.
Turiel, E. (1998). The development of morality. In W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology,* (Vol. 3, pp. 863–932). New York: John Wiley & Sons.
Whiting, B.B. & Edwards, C.P. (1973). A cross-cultural analysis of sex differences in the behaviour of children aged 3 through 11. *Journal of Social Psychology, 91,* 171–88.



4

Мозговые механизмы, лежащие в основе агрессивного поведения

Joe Herbert и Manuela Martinez

Введение

Неуместная агрессия и насилие являются характерными признаками современного общества. Это касается людей всех возрастов; в частности, у детей (например, при расстройстве поведения) довольно часто можно наблюдать агрессивное поведение. Природа агрессии не вполне понятна, а профилактика и оказание помощи при подобных состояниях часто оказываются неудовлетворительными. На уровне научных исследований редко объединяются социологические, психологические и нейробиологические подходы, несмотря на один и тот же предмет исследования. Усложняет проблему, связанную с агрессией, и то, что она характерна для различных форм поведения.

Значительный прогресс наших знаний о функционировании головного мозга помогает понять мозговые механизмы, лежащие в основе человеческого поведения. В данной главе мы излагаем сведения по этому вопросу, которые будут весьма полезны при рассмотрении проблемы агрессии. Кроме того, мы приводим данные исследований на экспериментальных животных, а также исследований человеческого поведения в норме и при многих заболеваниях. Экспериментальные и клинические исследования различаются по своим результатам, но мы должны их интегрировать, чтобы разработать рациональные методы оказания помощи, направленной на нежелательные проявления агрессии.

Вначале мы даем определение агрессии и ее взаимосвязи с другими формами социального поведения. Затем рассматриваем структуры головного мозга, которые имеют отношение к агрессии, уделяя особое внимание лимбической системе. Анатомическая характеристика головного мозга дополнена данными о нейрохимических процессах, и мы обсуждаем эти вопросы в аспекте механизмов агрессивного поведения. Мы используем данные как экспериментальных исследований (они содержат информацию о роли различных мозговых систем, но часто ограничены лабораторными условиями), так и клинических (которые позволяют непосредственно наблюдать проявления агрессии у людей), однако при этом часто отсутствует точная нейробиологическая информация, получаемая на моделях животных. Разнообразные методы и подходы, используемые при изучении как животных, так и людей, наиболее ярко проявляются именно в

исследованиях агрессии. В этой связи возрастают трудности междисциплинарной интеграции получаемых результатов.

Агрессии: ее связь с другими формами поведения

Та или иная форма поведения, которая является сложным феноменом, запускается комплексом стимулов и ситуаций. В течение сравнительно коротких промежутков времени могут наблюдаться разные формы поведения. Все это привело к экспериментальным попыткам облегчить изучение поведения. Так, сексуальное поведение обычно изучается путем обеспечения условий, в которых оно встречается чаще, чем, скажем, прием пищи. Помимо того, основные стимулы, которые вызывают такое поведение, можно свести к минимуму (например, поместив сексуально активного самца вместе с сексуально активной самкой в отдельную клетку). Подобные исследования проведены в отношении других видов поведения; пищевое поведение можно изучать, помещая голодного животного в клетки, в которых находится либо пища, либо средство для добывания ее (например, при изучении оперантной реакции). Обоснование такого подхода состоит в том, что эти формы поведения имеют измеряемые характеристики, а также четкие биологические или мотивационные границы. Могут проводиться манипуляции на головном мозге для того, чтобы определить их влияние на эти формы поведения, при этом предполагается, что это даст информацию о мозговых механизмах, ответственных за ту или иную форму поведения.

Проблема с подобными подходами к агрессии состоит в том, что некоторые из этих предположений неприменимы к этой форме поведения. Агрессия, в отличие от некоторых других видов поведения, не выполняет никакой биологической функции и не имеет никакой цели сама по себе (Attili & Hinde, 1986). Агрессивное взаимодействие наблюдается в основном как элемент других паттернов поведения — например, как метод достижения сексуальных целей или получения доступа к предпочитаемой пище, другими словами, как часть процесса, посредством которого индивид определяет свою позицию в социальной группе, к которой он принадлежит, и таким образом обеспечивает себе доступ к ограниченным ресурсам без необходимости пребывания в ситуации постоянного конфликта, и как форма социального контроля. Таким образом, попытки вызвать «агрессию» в экспериментальных условиях должны рассматриваться с учетом этих фактов; основные причины агрессивного поведения у животных могут быть связаны с различными мотивационными системами в зависимости от обстоятельств, при которых это происходит. Это отражается в задействованных механизмах; различные механизмы могут лежать в основе агрессивного поведения при изменении ситуаций и контекста. Мы должны тщательно дифференцировать мозговые механизмы, которые лежат в основе внешних проявлений агрессии (т. е. фиксируемые двигательные проявления), и механизмы, которые влияют на то, будет ли агрессия использована как стратегия (нападение), или определяют, как одно животное реагирует на агрессию со стороны другого (защита).

Классификация агрессии остается несовершенной отчасти в связи с вышеуказанными причинами. Она определяется как форма поведения, характеризующаяся намерениями произвести причиняющую вред стимуляцию в отношении другого индивида.

Однако при таком определении недооцениваются тонкие различия и упускаются из виду некоторые важные признаки. Общеизвестно, что агрессия не является однородным понятием. Предложено несколько классификаций агрессии, некоторые из них подробные, другие — упрощенные. На основе функциональных критериев агрессию разделяют на (а) «состязание» за доступ к ресурсам и (б) на защиту (Archer, 1988). В рамках этой классификации выделяются различные типы в зависимости характера стимулов, которые вызывают агрессию, и моделей демонстрируемого поведения (Brian, 1981; Moyer, 1968). Выделены различные типы агрессии, чаще всего на основе контекста или стимулов, вызывающих такие формы поведения: (а) между самцами (или между самками) (территориальные, социальные конфликты и т. п.), (б) материнская агрессия, (в) самозащита и (г) убийство детенышей. Поведение хищника (межвидовая форма агрессии) иногда считается формой агрессивного поведения, но такое поведение правильнее относить к другой категории (пищевое поведение). Данная глава ограничена рамками внутривидовой агрессии (наблюдается между представителями одного биологического вида), поэтому применяется более простое разделение на «нападение» и на «защиту» — на основе структуры поведения (Adams, 1979; Blanchard & Blanchard, 1988). Физическая агрессия у людей также разделяется на «эмоциональную», или «реактивную» (вспышки гнева в ответ на провокацию или агрессия с целью причинить вред кому-либо), и «инструментальную», или «проактивную» (направленную на достижение определенных целей, более важных, чем причинение вреда жертве) (Berkowitz, 1993). В целом и форма агрессивного действия, и контекст, в котором оно происходит, следует учитывать, если необходимо сопоставить его с функционированием головного мозга. И наконец, агрессия варьируется с течением времени и зависит от места в реальном мире; это означает, что происходит постоянный процесс социальной адаптации к агрессии и ее последствиям — животные и люди узнают, целесообразно ли прибегать к агрессии, при каких обстоятельствах это делать и как лучше всего реагировать на нее. Эти процессы также включают мозговые механизмы, которые позволяют понять, почему некоторые индивиды используют агрессию либо эффективно, либо неадекватно. Понятно, что рациональное и удовлетворительное с точки зрения теории определение агрессии все еще не сформулировано вследствие разнообразия ролей агрессивного поведения и множества причинных факторов (см. выше). Кроме того, часто отмечается недостаточный уровень сотрудничества между специалистами, изучающими агрессию в эксперименте, и теми, кто занимается проблемами агрессии человека в социальном или клиническом контексте.

Представители большинства биологических видов, включая людей, живут в социальных группах, структура которых влияет на доступ индивидов к объектам, которых недостаточно для всех (например, продукты питания, сексуальные партнеры, жилье). Прямая агрессивная конфронтация может использоваться для того, чтобы определить, какие индивиды получат приоритет, но чаще животные посредством процесса социального научения приобретают способность узнавать, кто имеет шансы победить в таком противостоянии. Это предопределяет стратегию их поведения, а также придает группе структуру доминирования. Животные (или люди), стоящие ниже в иерархии, не имеют права предъявлять претензии вышестоящим, по-видимому, в связи с прогнозируемыми потерями в смысле возможного ущерба для себя. Этот механизм социального контроля, основанный на предшествующем агрессивном взаимодействии, способствует снижению уровня агрессии; однако он оказывает мощное воздействие на

индивидов. Для того чтобы он был эффективным, иерархический социальный контроль требует очень тонкой обработки информации головным мозгом; действительно, некоторые считают, что основная функция головного мозга приматов — облегчать социальное взаимодействие (см. Herbert, 1987). Чтобы понять роль головного мозга в развитии агрессии, необходимо учитывать не только средства выражения ее, но и то, как индивиды реагируют на агрессивные действия других и регулируют агрессию в соответствии с социальными потребностями.

Важно то, что физическая агрессия характерна в основном для представителей мужского пола как в человеческом обществе, так и у других биологических видов, поэтому большинство исследований, как экспериментальных, так и клинических, проводятся на индивидах мужского пола. Однако ошибочно утверждать, что агрессивное поведение отсутствует у представительниц женского пола. Например, материнская агрессия (т. е. защита потомства) встречается часто, а у людей вербальная агрессия характеризует поведение представителей обоего пола.

Головной мозг и агрессия

Считается аксиомой, что головной мозг играет главную роль в проявлениях агрессии, распознавая стимулы, провоцирующие ее, и организуя агрессивные реакции. Нейроны имеют три основных элемента: дендриты, получающие входящую информацию; аксоны, передающие интегрированную информацию, используя электрические сигналы, и синапсы, выделяющие химические сигналы в ответ на электрическое воздействие. Нейроны сгруппированы в определенные структуры («ядра»), и давно известно, что эти структуры выполняют свои функции. Ядра связаны между собой, и сочетание взаимосвязанных структур головного мозга формирует нейронную «систему».

Таким образом, мы можем рассматривать головной мозг как нейроанатомическую структуру, разные части которой играют разные роли в проявлениях агрессии. Но мы можем также рассматривать головной мозг и как продукт нейрохимических систем, и некоторые из них больше задействованы при агрессии по сравнению с другими. Это проявляется и в клинике: попытки лечения патологической агрессии посредством локализованных разрушений мозговых структур, например миндалины (миндалевидного тела), отражают первую точку зрения; создание препаратов, влияющих на агрессию, связано со второй точкой зрения. Наша цель — представить картину, в которой нейроанатомия и нейрохимия головного мозга будут сопоставлены с различными аспектами агрессии.

Хотя мы здесь специально не рассматриваем развитие головного мозга, важно отметить, что ключом к объяснению проявляемой впоследствии агрессии могут быть процессы развития головного мозга. Независимо от наличия или отсутствия генетической предрасположенности к агрессии, на ее проявления влияют жизненный опыт и среда, особенно на ранних этапах жизни. Общий результат этих формирующих воздействий отражается в изменении структуры или нейрохимии головного мозга, хотя в настоящее время это может не быть очевидным. Одна из целей научных исследований состоит в том, чтобы выявить основные генетические и средовые факторы, которые влияют на агрессивное поведение, и лучше понять, каким образом они изменяют функционирование головного мозга в связи с такими формами поведения.

Нейроанатомические основы агрессивного поведения

В головном мозге формируется поведение, в том числе и агрессивное. Хотя этот орган функционирует как единое целое, он организован так, что разные отделы выполняют конкретные задачи. В отношении агрессии это означает, что различные системы головного мозга задействованы в этом процессе — от сенсорного восприятия стимулов, провоцирующих агрессию, до адекватной (или неадекватной) двигательной реакции. Мозговые механизмы необходимы для того, чтобы распознать у других индивидов социальные стимулы, вызывающие агрессию, или агрессивные действия с их стороны, чтобы определить контекст, в котором это происходит, организовать двигательные и эндокринные реакции, а также деятельность автономной (вегетативной) нервной системы, что характерно для типичных агрессивных действий, а также для учета опыта агрессивного противостояния (рис. 4.1). Внутривидовые агрессивные реакции зависят от восприятия и обработки сложных социальных стимулов, которые воспринимаются зрительной, слуховой, тактильной и обонятельной сенсорными системами. Таким образом, нерационально устанавливать очень четкие границы мозговых систем, участвующих в формировании агрессии; понятно, что многие отделы головного мозга участвуют в этой сложной форме поведения. В рамках этих процессов прошлый опыт, состояние индивида и социальный контекст влияют на то, как индивид воспринимает поступающие стимулы и как реагирует на них.



Рис. 4.1. Блок-схема процесса, посредством которого социальные стимулы вызывают агрессивные реакции. Есть три основных компонента: комплекс социальных стимулов (от представителей того же биологического вида); прием и обработка этой информации головным мозгом; планирование агрессивной реакции (тоже головным мозгом). Каждый компонент имеет несколько составляющих общего процесса (показано на рисунке)

Методы

Существует много методов изучения головного мозга, и большинство из них используются при изучении агрессии. Несколько наиболее распространенных методов упоминаются ниже. Классические исследования на экспериментальных животных проводятся посредством разрушения или электрической стимуляции участков мозга как основных методов изменения функционирования определенных структур головного мозга и регистрации вызванного этим изменением агрессивного поведения. У людей подобную информацию в основном получают на основе описания клинических случаев, когда у пациентов отмечаются изменения агрессивного поведения, связанные с повреждением тех или иных участков головного мозга (например, вследствие травмы), или проводят электрическую стимуляцию головного мозга (например, при эпилепсии). Усовершенствование этих методов открыло путь химической стимуляции головного мозга — или общей (использование препаратов, изменяющих функционирование нейрохимических систем), или местной (инъекции нейроактивных веществ в определенные участки головного мозга).

Недавно разработаны новые методы, которые позволяют изучать роль конкретных отделов головного мозга без необходимости изменять их функционирование. В исследованиях на животных картирование активности головного мозга, имеющей отношение к агрессивному поведению, проводится с помощью метода немедленно ранних генов (immediate early genes — IEG) (Kollack-Walker & Neumann, 1995; Martinez *et al.*, 1998). Этот метод основан на том, что активация нейронов приводит к быстрой экспрессии множества генов, таких как *c-fos*, которые действуют как регуляторы транскрипции ДНК. Хотя в большинстве случаев конкретные гены пока не выявляются, этот метод позволяет определить, какие области головного мозга активны во время агрессии. Что касается других генов с известными функциями, то можно упомянуть пептиды, выделяемые геном (или *m*-РНК или протеины), которые определяют посредством иммуногистохимических процессов, а количественные показатели получают с помощью методов нейровизуализации. На людях методы нейровизуализации позволяют получать информацию как о структуре, так и о функционировании определенных отделов головного мозга людей с патологически агрессивным поведением. Основные методы, которые дают информацию о структуре, — это компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), а характеризуют функционирование — это позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и определение регионального мозгового кровотока (РМК).

Структура лимбической системы и агрессия

Чтобы представить схему влияния нервной системы на специфические формы поведения, например агрессию, следует обратиться к классификации мозговых структур. Лимбическая система (рис. 4.2) имеет особое отношение к агрессивному поведению. Она, как и многие другие системы (например, двигательная), согласно современным данным, состоит из отдельных анатомических структур, таких как миндалина, гипоталамус, перегородка, вентральная зона стриатума (полосатого тела), гиппокамп, орбитофронтальная и поясная кора и некоторые структуры ствола головного мозга (Nieuwenhuys, 1996). Эти данные основываются на двух анатомических особен-

ностях; указанные структуры могут быть отделены от других, соседних с ними (например, миндалина от стриатума); и существуют очень обширные нейронные связи между компонентами этой системы. Например, общеизвестно, что миндалина имеет много связей с гипоталамусом, многие проводящие волокна проходят через перегородку. Основной вывод состоит в том, что существует функция или комплекс функций, которые могут быть приписаны той или иной системе. В случае двигательной системы это осуществление и контроль движений. В отношении лимбической системы существует много противоречивых взглядов, но мы предполагаем, что ее функционирование связано с организацией соответствующих реакций на определенные биологические потребности (например, в пище, воде, репродукции, самозащите), такие процессы включают как поддержание гомеостаза, так и адаптацию. Агрессия по своей природе и роли является важной частью этих процессов. Если это так, то мы должны определить локализацию тех или иных компонентов агрессии в разных структурах лимбической системы, а также выяснить, могут ли другие системы участвовать в этом поведении. Поэтому важно установить конкретную роль лимбической системы в агрессии, признавая, что эта система функционирует в комплексе с другими структурами головного мозга и выполняет и другие функции, кроме регулирования агрессии.

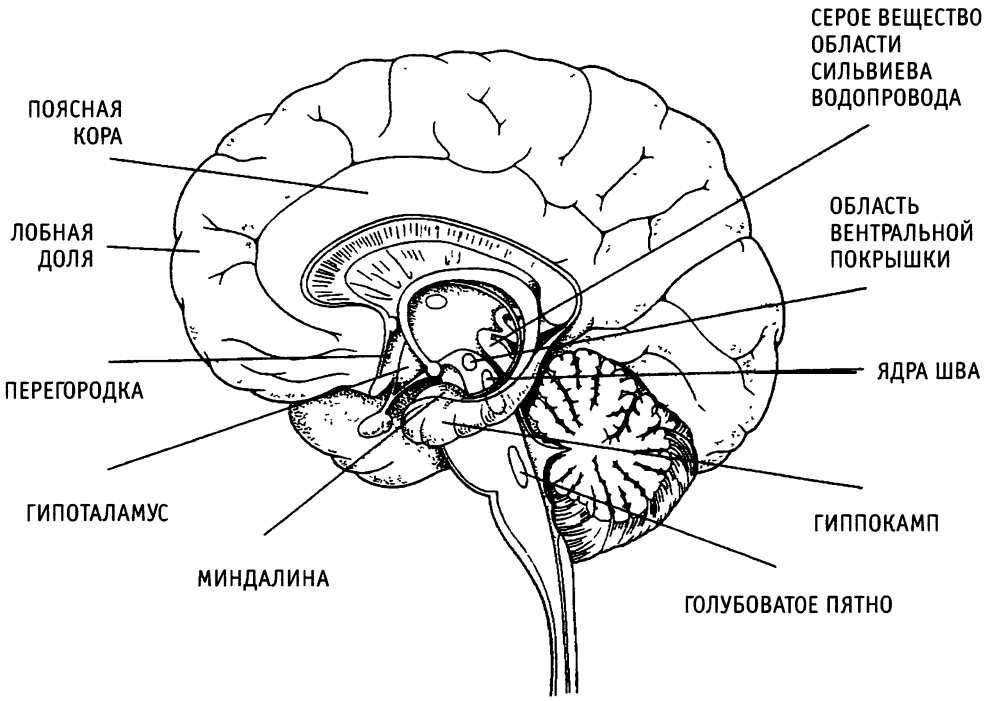


Рис. 4.2. Лимбическая система головного мозга человека (обозначены отделы, упомянутые в тексте)

Миндалина

Стимулы, влияющие на агрессивное поведение, анализируются в неокортексе. Должны существовать проводящие пути, которые позволяют этой информации попасть в мозговые структуры, формирующие агрессивные реакции. Есть много доказательств того, что миндалина является важным компонентом этих проводящих путей. Она получает много сенсорных импульсов из неокортекса (рис. 4.3). Ассоциативные зоны коры головного мозга для зрительной, слуховой, тактильной и вкусовой информации связаны с миндалиной через височные отделы неокортекса. Миндалина также непосредственно связана с обонятельной луковицей, от которой получает входящие импульсы, а также с полисенсорными областями в лобных и височных отделах неокортекса.

Миндалевидный комплекс участвует в процессах, определяющих то, как головной мозг человека воспринимает и интерпретирует те или иные стимулы и ситуации. Его главная функция — реализовать связь между сенсорными стимулами и эмоциональной реакцией. Поэтому миндалина играет важную роль в формировании агрессивного поведения (Albert *et al.*, 1993; Blanchard & Blanchard, 1988; Eichelman, 1983; Kling & Brothers, 1992; Miller, 1994; Ursin, 1981; Weiger & Bear, 1988). При ее повреждении возникают определенные трудности в идентификации сложных естественных стимулов (например, потеря способности реагировать на важные внешние сигналы), и это давно описано при таком процессе, как «приручение» (т. е. утрата ожидаемой реакции агрессии или страха в определенных ситуациях). И наоборот, электрическая стимуля-

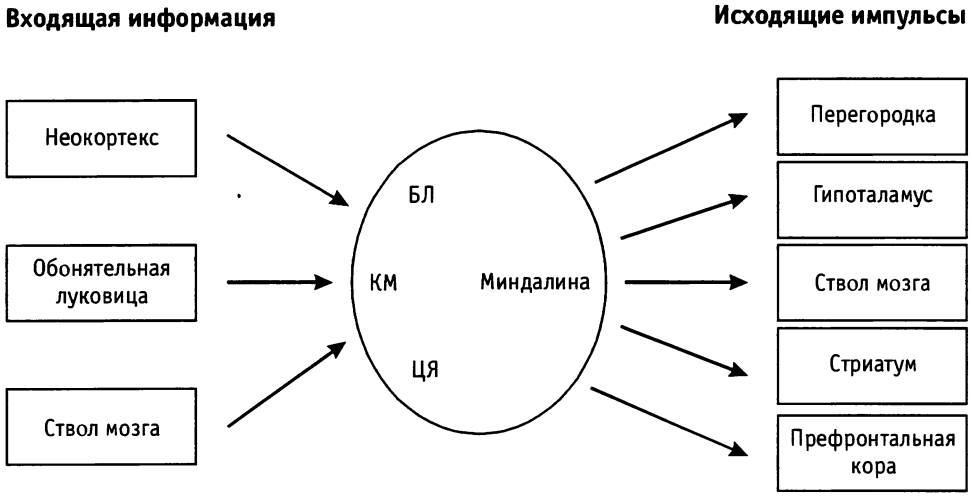


Рис. 4.3. Прохождение информации через миндалину.
Основные источники входящей информации изображены слева;
они связаны с отделами миндалины
(БЛ — базолатеральный; КМ — кортикомедиальный; ЦЯ — центральные ядра).
Направления исходящих импульсов показаны справа.
Функции этих отделов в аспекте агрессивного поведения обсуждаются в тексте

ция миндалины может вызвать агрессивные реакции. Они не являются недифференцированными и в основном направлены на субъектов, которые могли бы вызывать такие реакции в нормальных условиях (например, другой представитель того же биологического вида, а не неодушевленный предмет). Этому соответствуют данные о том, что локальные эпилептические припадки, связанные с височной долей, а иногда и непосредственно с миндалиной, сопровождаются у людей вспышками агрессии. Эти эпизоды агрессивного поведения наблюдаются как перед возникновением пароксизмов электрической активности, так и во время них. У пациентов с опухолями височной доли часто отмечается приступы ярости (см. ссылки выше).

Можно сделать вывод, что миндалина представляет собой компонент системы, которая оценивает комплекс стимулов на основе кортикальной обработки и передает эту эмоционально окрашенную информацию в другие отделы лимбической системы (например, в гипоталамус), на основании чего формируются поведенческие и эндокринные реакции, а также реакции автономной нервной системы, характерные для агрессии (рис. 4.4). Однако во многих экспериментальных работах показано, что миндалина также участвует в формировании реакции страха, включая страх, основанный на механизмах условного рефлекса (т. е. усвоение того, что прежде нейтральные события могут быть сигналами неприятных событий) (Kagan & Schulkin, 1995; Maren & Fanselow, 1996). Если животное утрачивает способность испытывать страх, это сопровождается утратой способности к агрессии, поскольку многие агрессивные эпизоды вызываются страхом или предвосхищением устрашающих событий. Аналогичные данные получе-

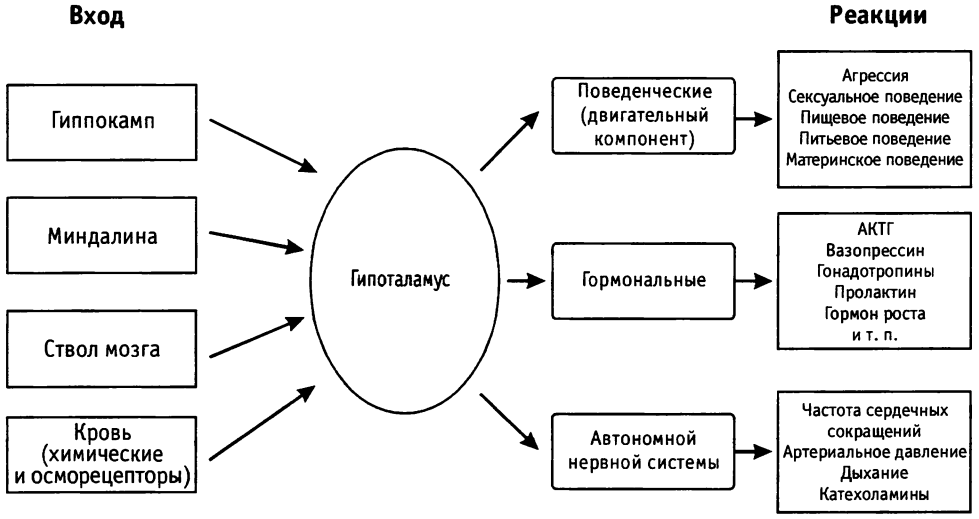


Рис. 4.4. Входящие и исходящие проводящие пути гипоталамуса. Основные источники входящих стимулов показаны слева, три вида реакций на выходе — справа. Конкретные элементы, входящие в эти три категории, являются составляющими агрессивных реакций. АКТГ — адренокортикотропный гормон

ны на людях; миндалина активируется у человека стимулами, вызывающими страх (LaBar *et al.*, 1998), а поражение обеих миндалин нарушает распознавание чувства страха, испытываемого другими людьми (Adolps *et al.*, 1995). Поэтому, хотя почти не вызывает сомнения, что миндалина играет основную роль в проявлениях агрессии, характер этой роли остается загадкой. Но несмотря на это предпринимались попытки контролировать агрессию у людей с помощью амигдалэктомии (Narabayashi *et al.*, 1963). Кроме того, важно учитывать, что миндалина также участвует в процессах оценки других реакций, например имеющих отношение к сексуальному и пищевому поведению (McGregor & Herbert, 1992), что исключает возможность ее связи только с агрессией (или со страхом). Таким образом, мы должны понять, как миндалина «классифицирует» сложные социальные стимулы, как эта информация кодируется и как она поступает в исполнительные отделы лимбической системы, которые включают перегородку и гипоталамус.

Перегородка

Перегородка (см. рис. 4.2), ядро ложа конечных пластинок и прилежащее ядро *(n. accumbens)*, считаются «защитной системой торможения» (Blanchard & Blanchard, 1988). Повреждение этих структур приводит к преходящему или долговременному «ослаблению» защитной агрессии, но также и ко многим другим поведенческим изменениям, таким как усиленная реакция на различные ситуации, которые включают изменения пищевого и сексуального поведения. У людей стимуляция перегородки уменьшает проявления агрессивного поведения, и человек испытывает ощущение счастья и эйфории. И наоборот, опухоли этой области мозга вызывают картины активизации защитного поведения (Albert *et al.*, 1993; Ursin, 1981). В целом эти результаты свидетельствуют о важной роли перегородки в регулировании агрессии, хотя ее роль может этим не ограничиваться.

Гипоталамус

Гипоталамус участвует в формировании реакций, имеющих отношение к выживанию индивида или биологического вида; сюда входят реакции двигательной, эндокринной и автономной нервной систем (см. рис. 4.4) (Herbert, 1993). Гипоталамус получает внутреннюю сенсорную информацию о состоянии организма непосредственно от хемо- и осморецепторов и перерабатывает ту, которая поступает извне и проходит через миндалины и другие структуры мозга. Классические эксперименты, проведенные Bard (1928), показали, что после рассечения всех структур головного мозга, расположенных кпереди от гипоталамуса, у кошек возникает «мнимое бешенство» с резко выраженным возбуждением симпатической нервной системы и сильным гневом, вызываемыми стимулами, которые прежде были нейтральными. Однако если гипоталамус тоже рассекали, у животных не наблюдалось такой реакции.

Получены данные о том, что разные ядра гипоталамуса могут быть ответственны за различные формы агрессивного поведения, такие как нападение и защита (а также поведение хищника) (Blanchard & Blanchard, 1988; Kruk,1991; Ursin, 1981). Повреждение или стимуляция разных отделов гипоталамуса изменяли агрессивное поведение, и трудно определить конкретные функции его отдельных ядер. Например, Hess (1954)

показал, что стимуляция латерального гипоталамуса у кошек вызывает агрессивное поведение. Такая стимуляция также провоцирует либо хищническое поведение при наличии потенциальной добычи, либо нападение в присутствии самца того же вида. Повреждения в области медиального гипоталамуса (вентромедиальное ядро) вызывают реакции как защиты, так и нападения, а также усиливают реакции животных на стимулы, провоцирующие агрессию. Защитная агрессия, по-видимому, также связана с передним гипоталамусом, так как стимуляция этого отдела провоцирует такое поведение только у крыс, загнанных в угол. Преоптическая область участвует в возникновении, изменении, интеграции и организации защитной агрессии. Однако необходимо отметить, что эти области ответственны и за другие виды поведения. Например, хорошо установлена роль преоптической области в сексуальном и материнском поведении экспериментальных животных, а вентромедиальный гипоталамус, по имеющимся данным, отвечает за пищевое поведение. Учитывая связь между агрессией и другими типами адаптивного поведения, по-видимому, остается по-прежнему неопределенной конкретная роль гипоталамуса в агрессии и неизвестно, можно ли ее отделить от его адаптивных и гомеостатических функций.

Описаны хорошо задокументированные случаи опухолей медиального или переднего гипоталамуса у людей, которые при этом становились очень агрессивными (Albert *et al.*, 1993, Eichelman, 1983; van de Poll & van Goosen, 1992). Они реагировали агрессивными проявлениями на стимулы, которые раньше их просто раздражали (реактивная агрессия). Повреждения переднего гипоталамуса также приводят к резким изменениям характера и к эпизодам повышенной агрессивности и раздражительности. «Седативные» хирургические вмешательства, включающие разрушение заднего гипоталамуса, использовались при нейрохирургическом лечении агрессивных пациентов. По данным литературы, такие операции были очень эффективными в случаях агрессивного поведения, с которым было невозможно справиться (Sanq *et al.*, 1970). Таким образом, экспериментальные и клинические данные подтверждают основную роль гипоталамуса в агрессивном поведении.

Средний мозг

Гипоталамус контролирует агрессивные проявления частично через свои связи со стволом мозга. Например, если проводящие пути между гипоталамусом и средним мозгом прерываются, стимуляция гипоталамуса не вызывает агрессии (Ellison & Flynn, 1968). Серое вещество области сильвиева водопровода является важнейшей структурой для двигательного компонента защитной агрессии, хотя и не участвует в агрессии нападения (см. рис. 4.2). Разрушение в этой структуре у крыс ослабляет или даже полностью выключает реакцию защиты как при естественной угрозе, так и при электрической стимуляции гипоталамуса. И наоборот, разрушения в области медиального гипоталамуса ни в коем случае не предотвращают реакций, вызванных стимуляцией серого вещества области сильвиева водопровода (Mos *et al.*, 1983). Это показывает направление импульсов в проводящих путях, связывающих эти две структуры. Стимуляция серого вещества области сильвиева водопровода может вызвать очень характерные реакции защиты (включающие нападение или бегство) (Bandler *et al.*, 1991). Однако необходимо отметить, что эта структура связана с выполнением других поведенческих функций, кроме реакций агрессии или страха (Nieuwenhuys, 1996).

Вентральная область покрышки (ВОП) участвует в формировании двигательных паттернов нападения (см. рис. 4.2). Экспериментальные повреждения этой области ослабляют реакции нападения, но не изменяют поведение защиты (или хищника) (Adams, 1986). Эти данные показывают, что поведение, связанное с нападением, имеет отдельный субстрат в среднем мозге и он не связан с субстратом, ответственным за систему защиты. Однако важно подчеркнуть, что поражения ВОП обусловливают многие другие виды поведения, в частности те, которые требуют активной реакции, поэтому маловероятно, что ВОП несет ответственность только за агрессию. В этой области находится одно из крупных скоплений дофаминергических нейронов переднего мозга; роль моноаминов в агрессии рассматривается ниже.

Лобный неокортекс

Мы показали, что агрессия представляет собой важный элемент социального регулирования и социального взаимодействия. Кора головного мозга играет существенную роль в социальном научении, предвидении последствий тех или иных форм поведения и выборе форм реагирования. Однако декортикация головного мозга не влияет на способность проявлять агрессию. Крысы после полной декортикации головного мозга сохраняют большую часть двигательных паттернов агрессии. Лобный неокортекс тесно связан и с миндалиной, и с гипоталамусом и поэтому может влиять на другие мозговые центры, которые контролируют агрессию. Именно префронтальная кора подавляет проявление агрессивного поведения (см. рис. 4.2). Лобно-орбитальная кора получает информацию как от внешних источников ощущений, так и от глубже расположенных мозговых центров, которые контролируют агрессию, и эта область коры посылает импульсы в указанные центры (Fuster, 1989). Поэтому эта часть коры головного мозга с точки зрения анатомии характеризуется потенциально более высоким уровнем контроля агрессии, и эти данные подтверждены как в экспериментальных, так и в клинических исследованиях. Стимуляция глубоких орбитальных слоев префронтальной коры тормозит агрессию, вызываемую раздражением гипоталамуса у крыс. Двустороннее повреждение лобно-орбитальной коры приводит к усилению агрессии нападения (de Bruin, 1990; de Bruin *et al.*, 1983). У людей агрессия может быть проявлением патологии лобной доли (Giancola, 1995; Miller, 1994). Люди с поражениями головного мозга в области лобно-орбитальной коры характеризуются импульсивностью, не планируют свои действия и не учитывают последствия своего поведения. Эти пациенты раздражительны и вспыльчивы, реагируют на малейшие провокации. У них наблюдаются кратковременные вспышки гнева, во время которых они могут совершать импульсивные действия, и после акта агрессии с их стороны они обычно безразличны к последствиям (Luria, 1980). Таким образом, эта область мозга связана с процессами, которые определяют время, место и стратегию реагирования в соответствии с уровнем гнева, вызванного воздействием извне. Изучение функционирования лобных долей (например, определение потребления глюкозы с помощью позитронно-эмиссионной томографии) показало снижение этого показателя для лобных долей (а также для других структур, включая миндалины) у людей, совершивших преднамеренные убийства (Raine *et al.*, 1994, 1997). Данные современных исследований свидетельствуют о том, что лобно-орбитальные и дорсолатеральные отделы коры головного мозга связаны с проявлениями различных видов агрессивного поведения у людей (Giancola, 1995). По-

видимому, лобная кора играет важную роль в социальном регулировании агрессии и в использовании агрессивных взаимодействий для предопределения социальных отношений.

Нейрохимические аспекты агрессивного поведения

Головной мозг можно представить как химическую лабораторию, и признание того, что функционирование нервной системы определяется химическими трансмиттерами, позволяет оценить работу мозга с точки зрения, которая отличается от нейроанатомической. Нейроны выделяют множество химических веществ (нейротрансмиттеров) в синаптические щели; эти вещества стимулируют или подавляют активность следующих групп нейронов в цепочке и т. д. Выделение трансмиттеров является результатом электрических импульсов, передающихся по аксонам, и воздействие выделенных трансмиттеров зависит от их связывания специфическими рецепторами на мембранах следующего нейрона. Важно отметить, что каждый нейротрансмиттер может оказывать разное воздействие в зависимости от вида рецептора, с которым он соединяется. Особенно это относится к лимбической системе, содержащей множество таких химических веществ и рецепторов. Мы сосредоточим внимание на основных группах химических веществ, участвующих в нейротрансмиссии, — это аминокислоты, моноамины, пептиды и стероидные гормоны; установлено, что все они связаны с проявлениями агрессии. Химическая нейроанатомия свидетельствует, что системы, выделяемые на основе химических процессов, организованы в головном мозге как структуры, противоречащие общепринятым модульным (анатомическим) определениям — понятию «системы», которое применялось ранее в этой главе. Если мы хотим понять, как головной мозг контролирует агрессию, мы должны уяснить взаимосвязь между анатомической и химической картинами мозга. Подавляющее большинство фармакологических препаратов, используемых для контроля патологически агрессивного поведения у людей, являются агонистами или антагонистами рецепторов дофаминергической, норадренергической, серотонинергической, ГАМК-ергической и опиоидергической систем (Miczek *et al.*, 1994).

Нейрохимические вещества взаимодействуют друг с другом, и поэтому мы не можем ожидать, что только одна из нейрохимических систем полностью отвечает за агрессию. Любые изменения в одной системе могут отражаться на других системах. Кроме того, сложность феномена агрессии (см. рис. 4.1) приводит к тому, что каждое химическое вещество может выполнять много функций, а каждый компонент агрессии испытывает воздействие многих нейрохимических веществ. Однако в большинстве исследований изучались отдельные нейрохимические вещества и их воздействие на агрессивное поведение и не уделялось внимания возможным изменениям в других нейрохимических системах. Например, серотонин взаимодействует с дофамином, норадреналином, ацетилхолином, глутаматом и нейропептидами.

Аминокислоты

Аминокислоты, например глутамат и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) — самые простые трансмиттеры (рис. 4.5). Они используются во всех отделах мозга вместе с некоторыми другими аминокислотами, такими как глицин (а возможно, и с другими);

пока нет данных, что они выполняют какую-то особенную функцию в лимбической системе, хотя понятно, что они играют существенную роль как в ней, так и в других системах. Их кажущаяся простота химической структуры сочетается с наличием большого количества рецепторов, участвующих в других клеточных процессах. Это позволяет аминокислотным трансмиттерам действовать в нейронных сетях (которые типичны, например, для коры головного мозга), обеспечивая как текущие процессы, так и долговременные изменения, например такие, которые лежат в основе отдельных форм научения.

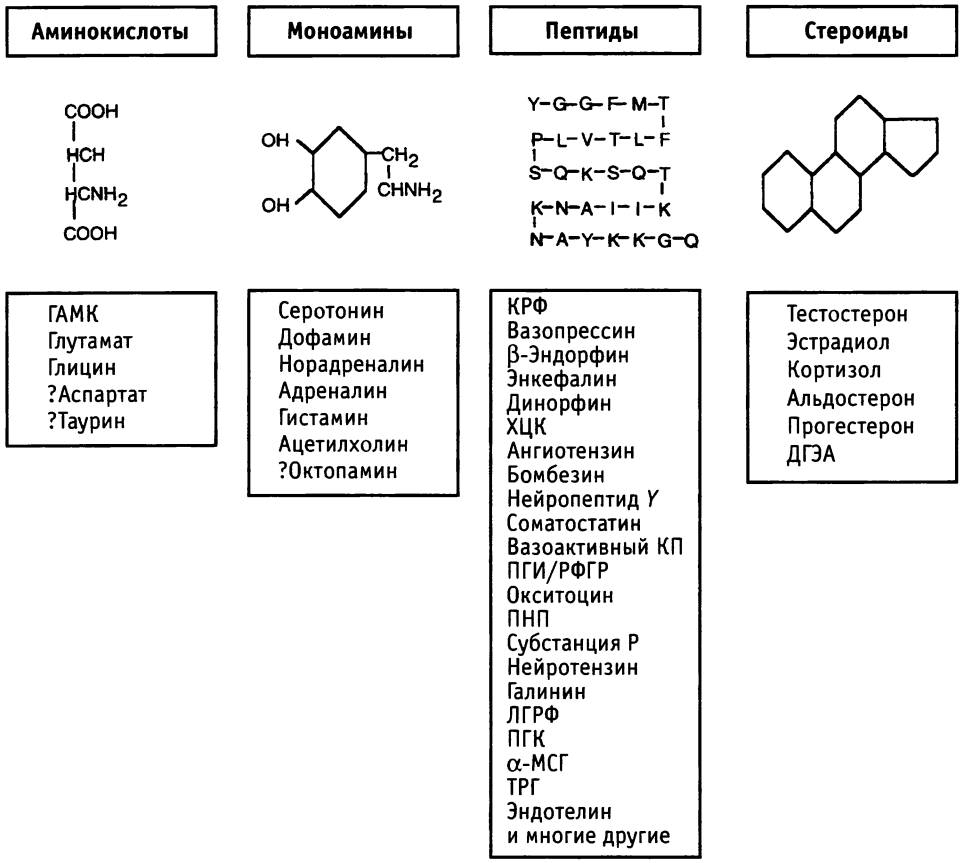


Рис. 4.5. Основные нейротрансмиттеры лимбической системы. Пример биохимической структуры каждой группы показан вверху (буквы в обозначении пептидов относятся к конкретным аминокислотам), а список основных представителей каждой группы — внизу.
ГАМК — гамма-аминомасляная кислота; КРФ — кортикотропин-рилизинг-фактор; ХЦК — холецистокинин; вазоактивный КП — вазоактивный кишечный пептид; ПНП — предсердный натрийуретический пептид; ЛГРФ — лютеинизирующий гормон-рилизинг-фактор; ПГК — пептид, связанный с геном каликотонина; α-МСГ — меланоцитостимулирующий гормон; ТРГ — тиреотропин-рилизинг-гормон; ДГЭА — дегидроэпиандростерон; ПГИ — пептидгистидин-изолейцин; РФГР — рилизинг-фактор гормона роста

Гамма-аминомасляная кислота

ГАМК-ергическая система участвует в подавлении агрессии. Обратная зависимость между низким уровнем ГАМК в некоторых областях головного мозга (например, стриатум, гиппокамп и миндалина) и более агрессивным поведением выявлена при проведении испытаний на животных. Фармакологические исследования подтверждают такое тормозящее действие этого вещества (Brain & Haug; 1992; Miczek *et al.*, 1994; Paredes & Agmo, 1992). В частности, внутрибрюшинное введение ингибиторов ГАМК-трансаминазы (например, вальпроевой кислоты) уменьшает агрессивность, и это связано с повышением концентрации ГАМК в обонятельной луковице, стриатуме и перегородке.

В клинике бензодиазепины (например, хлордиазепоксид, который действует в основном на рецепторы ГАМК) используются в сочетании с антипсихотическими препаратами для достижения седативного действия и контроля поведенческих нарушений, но их более широкое действие на агрессивное поведение трудно оценить. Проводившиеся исследования показали эффективность бензодиазепинов в подавлении агрессии, но этому противоречат сообщения о реакциях гнева и о повышении уровня враждебности и раздражительности. Кроме того, двухфазное действие агонистов бензодиазепиновых рецепторов, таких как диазепам и хлордиазепоксид, наблюдалось у животных, у которых агрессивность ослабевала при применении средних и высоких доз, но усиливалась при использовании низких доз. Повышение уровня агрессивности при назначении малых доз бензодиазепинов животным, по-видимому, имеет особенно важное значение в клинической практике при лечении пациентов с агрессивными и насильственными формами поведения. Однако, хотя эти вещества быстро снижают уровень тревоги, которая часто вызывает агрессивные реакции, их использование для лечения агрессивных проявлений имеет только частичный успех. Эти исследования позволяют подчеркнуть тот факт, что агрессия может быть вторичной по отношению к первичным изменениям в других сферах (в данном случае к тревоге). Кроме того, действие разных препаратов может различаться; например, оксазепам рекомендован для лечения людей с низким уровнем контроля импульсивности (Bond, 1992). Об использовании бензодиазепинов для снижения уровня агрессии у детей информации в литературе мало.

Моноамины и агрессия

Моноамины (например, серотонин, норадреналин и дофамин) представляют группу систем, имеющих не только общие черты, но и четкие различия. Их сравнительно простая химическая структура (см. рис. 4.5) компенсируется, как и для аминокислот, большим набором рецепторов. Хотя они обнаружены во всех отделах головного мозга, особенно насыщена этими веществами лимбическая система (рис. 4.6). Моноамины связаны с множеством функций, начиная с базисных (например, сон) и заканчивая более сложными, такими как настроение, память и когнитивное функционирование.

Новейшие данные фармакологических исследований, связывающие моноамины с агрессией, получены из экспериментальных и клинических работ, в которых предпринимались попытки выявить или особую нейрохимическую систему для контроля агрессии, или особый тип рецепторов в той или иной системе. Хотя норадреналин и дофамин, по-видимому, влияют на агрессию (Eichelman, 1990), основную роль приписывают серотонину (5-HT).

Серотонин

Серотонин, который обнаружен во многих отделах центральной нервной системы (рис. 4.6), участвует в осуществлении множества психических функций, включая сон, аппетит, болевую чувствительность, сексуальную активность, память и контроль настроения. Показано, что он оказывает тормозящее действие на поведение. Одним из его специфических эффектов является регулирование реакций на внешние стимулы. При снижении активности системы серотонина снижается контроль побуждений и усиливаются реакции на внешние стимулы. Серотонин также связан с различными формами расстройств настроения, такими как депрессия и тревога. Valzelli (1969) сообщил, что снижение обмена серотонина характерно для крыс, проявляющих спонтанную агрессию, или для крыс, ставших агрессивными после периода изоляции. В другом исследовании обнаружено, что генетические различия агрессивного поведения у мышей, вызванного изоляцией, могут сопровождаться изменением обмена серотонина (Valzelli, 1981).

У людей изменение концентрации и обмена серотонина коррелирует с аффективными формами поведения в целом, и особенно с агрессивным поведением. Проведено много исследований для выявления корреляции состояния серотонинергического функ-

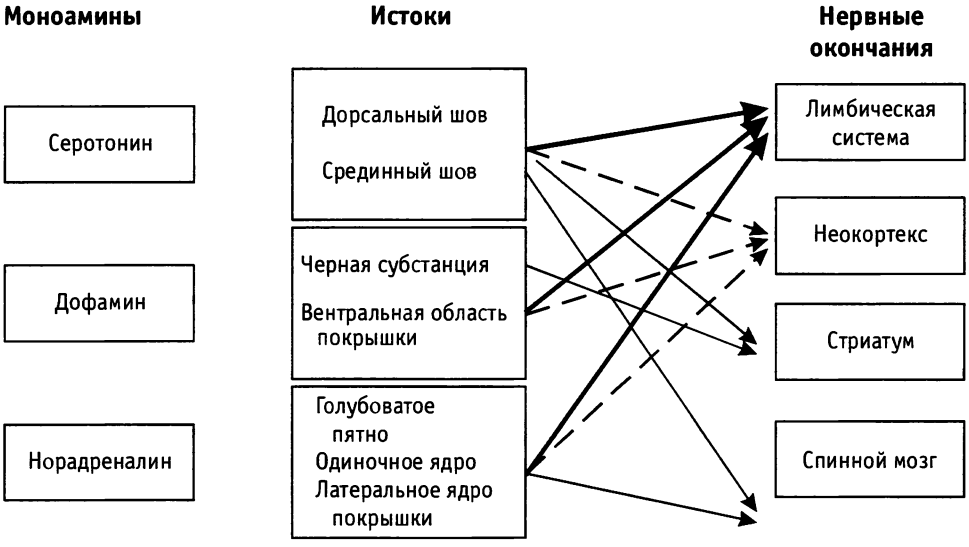


Рис. 4.6. Схема истоков и точек приложения разного уровня основных моноаминергических систем. Схема отражает их общее происхождение из нескольких обособленных ядер ствола мозга и множество точек приложения в коре, подкорке и спинном мозге. Все три системы заканчиваются в лимбической системе, однако на схеме не показаны значительные региональные различия интенсивности иннервации тремя типами волокон в этой и в других зонах проекции, хотя это, вероятно, имеет значение в контексте проявлений агрессии

ционирования с агрессивным поведением людей. В качестве маркеров (показателей) состояния центральных функций 5-НТ обычно использовались следующие: концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК — основного метаболита серотонина) в спинномозговой жидкости; периферические серотонинергические маркеры, такие как связывание мембранами тромбоцитов тритий-имипрамина (^{3}H-IMI) (показатель пресинаптического функционирования 5-НТ); содержание энзима моноаминоксидазы типа В (МАО-В) в тромбоцитах и функциональные пробы с фенфлурамином (препарат, который высвобождает серотонин в центральной нервной системе). Существуют сомнения в отношении того, что периферические показатели (например, связанные с тромбоцитами) могут отражать концентрацию серотонина в головном мозге. Также непосредственно измерялась концентрация серотонина в головном мозге и плотность рецепторов (в посмертных исследованиях). Недавние работы показали, что индивидуальные различия (например, полиморфизм) генов, регулирующих обмен серотонина, связаны с эмоциональными проявлениями или с наличием психической патологии.

Серотонин стал основной темой биологических исследований суицидального поведения (определяемого как «агрессия, направленная на себя») и импульсивного агрессивного поведения у людей (Coccaro *et al.*, 1992; Mann, 1998). В целом выявлены относительно устойчивые корреляции между концентрацией серотонина и агрессивным поведением. Снижение серотонинергического функционирования обнаружено у лиц с агрессивными действиями в анамнезе, включая насильственные правонарушения и попытки самоубийства (Asberg, 1994). Показатели риска импульсивных проявлений агрессии коррелируют с низкой активностью серотонина в центральной нервной системе у лиц с психическими заболеваниями и расстройством личности, а также у здоровых испытуемых. Выявлена корреляция между низкой концентрацией 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости и патологически импульсивным поведением, особенно с признаками агрессии и насилия (Brown& Linnoila, 1990). Это было обнаружено у лиц с суицидальными попытками в анамнезе, у правонарушителей, совершивших насильственные действия, у лиц, страдающих расстройством личности с проявлениями агрессии, у людей с алкогольной зависимостью и агрессивным поведением вне состояния опьянения, у взрослых без патологии, но оценивающих свое состояние как гнев, у детей, проявляющих жестокость по отношению к животным, у детей с дезорганизованным поведением, у лиц с синдромом 47 XYY с насильственными правонарушениями в анамнезе, у родителей, убивших или пытавшихся убить детей и затем совершивших суицидальные попытки. Кроме того, у лиц с тяжелыми проявлениями агрессивного поведения, находящихся с детства в специальных учреждениях для лиц с умственной отсталостью, а также у людей, совершивших суицидальные попытки, по сравнению с контрольной группой здоровых выявлено снижение связывания имипрамина мембранами тромбоцитов (Marazziti *et al.*, 1993).

Важно учитывать, что низкая концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости и генотип низкой активности триптофангидроксилазы обнаруживаются довольно часто и в норме. Выявлен также полиморфизм переносчиков и рецепторов серотонина — молекул, которые предопределяют эффективность и длительность действия серотонина в синапсах (Collier *et al.*, 1996). Важно знать, связано ли снижение активности серотонинергической системы с повышением уровня агрессии или с проблемами контроля побуждений.

Результаты воздействия на серотонинергическую систему при агрессии. Причинную взаимосвязь между серотонином и агрессией можно установить только в ходе экспериментальных исследований, в которых изучаются результаты воздействия серотонинергической системы на агрессию. Исследования, проводимые на животных, показывают, что при многих формах агрессивного поведения оказывается эффективным воздействие на серотонинергическую систему (Bell & Hobson, 1994; Brain & Haug, 1992; Miczek *et al.*, 1994). Снижение концентрации серотонина в головном мозге повышает агрессию. Введение в желудочки мозга нейротоксина — 5,7-дигидротриптамина (5,7-ДГТ), который избирательно поражает серотонинергические окончания, повышает уровень активной защитной и хищнической агрессии у крыс, не вызывая изменения социального и других форм поведения. Диета, не содержащая триптофана, или блокада синтеза серотонина, позволяющая снизить концентрацию серотонина в центральной нервной системе, увеличивает уровень агрессии у крыс (Vergnes *et al.*, 1986). И наоборот, препараты, повышающие функционирование серотонинергической системы, в том числе селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), например сертралин, флувоксамин и флуоксетин, снижают уровень агрессии (Olivier *et al* , 1989; Sanchez & Meier, 1997). У людей с высоким уровнем агрессивности искусственное снижение концентрации триптофана вызывает усиление гневливости, агрессивности, приставания и враждебности по отношению к окружающим, в то же время такое вмешательство не влияет на людей с низким уровнем агрессии. Таким образом, у лиц с агрессивными проявлениями резкое снижение концентрации серотонина в центральной нервной системе может вызвать субъективное и объективное усиление агрессивности (Cleare & Bond, 1995). Некоторые исследования показывают клиническую эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении проявлений агрессивного поведения (Castrogiovanni *et al.*, 1992; Cornelius *et al* , 1990). В отношении детей результаты противоречивые: в одном из исследований показано, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина оказывают незначительное благоприятное влияние на агрессию (Constantino *et al.*, 1997), в другом исследовании флуоксетин (парадоксально) повышал уровень агрессии у детей с обсессивно-компульсивным расстройством (King *et al.*, 1991, но см. Coccaro & Kavousi, 1997).

Рецепторы серотонина и агрессия. Разные типы рецепторов серотонина могут поразному влиять на агрессивное поведение. В частности, наиболее непосредственное влияние оказывают 5-HT_1- и 5-HT_2- рецепторы. В целом класс агонистов 5-HT_1- рецепторов, называемых «сереники» (например, элтопразин — агонист 5-HT_{1B}- рецепторов, пиперазин и флупразин), имеет антиагрессивные свойства. Исследования на грызунах показали, что эти агонисты подавляют именно агрессию нападения, не влияя на социальное функционирование, адаптивное защитное поведение и на другие элементы нормального поведения, такие как сексуальное или пищевое поведение (Miczek *et al.*, 1994; Olivier *et al.*, 1994). Клиницистам, работающим с агрессивными пациентами, необходимы психоактивные препараты, которые подавляют только деструктивное поведение и не оказывают выраженного воздействия на другие поведенческие и психические либо соматические функции. В этом отношении «сереники» редуцируют агрессивное поведение, не оказывая выраженного отрицательного влияния и не уменьшая уровень со-

циального функционирования (Ratey & Chandler, 1995). Однако мы уже отмечали сложную связь между страхом и агрессией. Флупразин и элтопразин могут потенцировать реакции страха и тревоги у грызунов. Таким образом, антиагрессивное действие «сереников» может усиливать уровень тревоги, а это ограничивает их клиническое применение (Miczek *et al.*, 1994).

Исследования на грызунах показывают, что стимуляция 5-HT_{1A}-рецепторов приводит к снижению уровня агрессивности (Bell& Hobson, 1994). Лечение агонистами этих рецепторов, такими как буспирон, гепирон, ипсапирон, тандоспирон и 8-гидрокси-N,N-дипропил-2-аминотетралин (8-OH-DPAT), уменьшало уровень агрессии нападения, при этом не отмечалось седативного или противотревожного действия. У людей буспирон, применяющийся при умственной отсталости, позволяет поддерживать адаптивное функционирование и в то же время ослабляет агрессивные тенденции (Ratey & Chandler, 1995). Буспирон, по данным исследований, оказался умеренно эффективным при лечении некоторых детей с агрессивным поведением (Pfeffer *et al.*, 1997). Снижение чувствительности 5-HT_{1A}-рецепторов (вследствие изменения секреции пролактина при приеме буспирона) коррелирует с импульсивным агрессивным поведением у пациентов с расстройством личности (Coccaro *et al.*, 1990). 5-HT_{1B}-рецепторы также связаны с агрессией (см. выше). Лечение агонистом 5-HT_{1B}-рецепторов (1–3-трифлуорометилфенилпиперазин) снижает уровень агрессии нападения (Olivier & Mos, 1992). Мыши с мутациями, обусловливающими отсутствие 5-HT_{1B}-рецепторов, нападают на других самцов быстрее и более агрессивно, чем обычные мыши (Ramboz *et al.*, 1996). С другой стороны, стимуляция 5-HT_2-рецепторов их агонистами, такими как диметокси-4-бромоамфетамин, снижает уровень агрессии защиты и нападения (Muehlenkamp *et al.*, 1995).

В отношении исследований на животных важно отметить, что разные виды поведения регулируются посредством изменений в системе серотонина, поэтому вероятно, что изменение уровня агрессии представляет собой элемент более общего действия и существует особая связь между активностью серотонина в центральной нервной системе и агрессией. У людей агрессия может отмечаться в рамках многих психических расстройств, поэтому изменения в системе серотонина могут быть связаны с основным заболеванием, а не с проявлениями агрессии самой по себе. Однако если агрессия является важным элементом расторможенного поведения, то повышение уровня активности серотонинергической системы представляется перспективным и логичным терапевтическим подходом.

Дофамин

Дофамин, содержащейся в головном мозге, происходит в основном из двух групп нейронов: черной субстанции, передающей импульсы в стриатум, и вентральной области покрышки, передающей импульсы в *n. accumbens* и в лобную кору (рис. 4.6). Дофаминергическая система также играет определенную роль в генезе агрессивного поведения. Повреждения вентральной области покрышки снижают агрессивность, но также влияют и на многие другие формы активного поведения (например, на сексуальное и пищевое поведение) (Pucilowski *et al.*, 1980). Стриатум, наряду с другими функциями, участвует в организации двигательных актов; поэтому вмешательства (например, изменение основных путей поступления дофамина в стриатум), вероятно, будут препят-

ствовать возникновению двигательных компонентов поведения, необходимых для проявления агрессии.

Исследования на грызунах показывают, что при повышении активности дофамина в головном мозге создаются условия, при которых животные чаще реагируют агрессивно на средовые стимулы. Изучение избирательных антагонистов D_1- и D_2-рецепторов показывает, что эти вещества подавляют целый ряд форм активного поведения, которые включают, наряду с другими, нападения и угрозы (Miczek *et al.*, 1994). Таким образом, несмотря на широкое применение подобных препаратов при лечении пациентов с проявлениями агрессии и насилия в рамках различных расстройств, в экспериментальных исследованиях не получено убедительного обоснования специфической роли дофаминовых систем головного мозга и подтипов дофаминовых рецепторов в развитии конкретных форм агрессии у животных. Хотя антагонисты D_1-рецепторов снижают уровень агрессии, именно антагонисты D_2-рецепторов наиболее часто применяются для лечения пациентов, склонных к насилию. Однако такие антагонисты, как хлопромазин и галоперидол, не обладают выраженной специфичностью воздействия на поведение с точки зрения уменьшения агрессивности. В исследованиях, которые посвящены изучению исключительно агрессивного поведения, не учитывается более широкая роль дофамина (и других моноаминов) в поведенческих реакциях на вознаграждение или на наказание (Le Moal & Simon, 1992; Ljungberg *et al.*, 1992). Между тем воздействие агрессии со стороны (публичное поражение) избирательно активирует мезолимбическую систему дофамина (Tidey & Miczek, 1996).

Норадреналин

Норадреналин (как и дофамин) обнаружен только в небольшом количестве нейронов. Эти норадренергические нейроны расположены в основном в стволе мозга, в таких ядрах, как одиночное ядро или голубоватое пятно. Из этих небольших скоплений нейронов волокна, содержащие норадреналин, распространяются по всему мозгу, хотя их распределение неравномерное (некоторые области получают больше норадреналина, чем другие) (см. рис. 4. 6).

Норадренергическая система также, по-видимому, играет роль в генезе агрессивного поведения. Некоторые исследования показывают, что аномалии функционирования этой системы обусловливают предрасположенность к агрессивным поступкам. Повышение активности норадренергической системы, по данным исследований, коррелирует с агрессивным поведением у людей. Концентрация метаболита норадреналина 3-метокси-4-гидроксифенилгликоля в спинномозговой жидкости коррелировала с наличием в анамнезе испытуемых выраженных агрессивных проявлений (Brown *et al.*, 1979). Выявлено повышение связывания бета-адренергических рецепторов в префронтальной и височной областях коры головного мозга у жертв самоубийств, по сравнению с жертвами несчастных случаев (Mann *et al.*, 1986). Роль норадренергической системы в импульсивных проявлениях агрессии подтверждена также данными о том, что блокада норадренергических рецепторов эффективна при лечении проявлений агрессивного поведения. Блокаторы бета-адренергических рецепторов, такие как пропранолол и надолол, эффективно снижают уровень агрессии у пациентов психиатрических стационаров, у пациентов с поражениями головного мозга, у взрослых, страдающих расстройствами с дефицитом внимания и эмоциональными вспышками, а также у де-

тей с органическими поражениями нервной системы (Eichelman, 1990; Kavoussi *et al.*, 1997). Клонидин (агонист пресинаптических альфа-2-рецепторов, который вызывает общее снижение норадренергической активности) ослабляет проявление агрессии у детей (Kemph *et al.*, 1993). Аналогично, антидепрессанты, которые подавляют обратный захват норадреналина или стимулируют норадренергическую активность, повышают уровень агрессии у грызунов, и этот эффект можно заблокировать предварительным введением нейротоксина, действующего избирательно на норадренергические структуры (Cai *et al.*, 1993; Matsumoto *et al* , 1995).

Пептиды

В целом пептиды имеют более сложную химическую структуру. В головном мозге их обнаружено десятки, а может быть сотни (см. рис. 4.5), они выполняют такие же функции, как и в других частях тела, — функции сложных межклеточных сигналов, которые позволяют одной клетке влиять на активность другой (Herbert, 1993). Нейроны, содержащие пептиды, обнаружены во всех отделах головного мозга, хотя их распределение неравномерное; особенно много их в лимбической системе. Пептиды прекрасно иллюстрируют факт, что нейрохимическая структура лимбической системы не соответствует традиционному модульному строению, предполагающему наличие нескольких групп параллельных или дополнительных проводящих путей, различающихся специфическим составом пептидов. В некоторых случаях такая группа образований влияет на широкую область (например, нейроны, связанные с экспрессией гена проопиомеланокортикотропина). В других случаях нейроны и их окончания обнаруживаются в нескольких сравнительно отдаленных друг от друга областях (например, нейроны, содержащие кортикотропин-рилизинг-фактор — КРФ) (Palkovots & Brownstein, 1985). Пептиды отличаются от других нейрохимических агентов (например, моноаминов) тем, что их влияние на поведение может быть очень специфическим; например, изменения системы серотонина могут влиять на многие виды поведения; но введение пептида ангиотензина II вызывает очень специфичное питьевое поведение, которое является элементом направленной и координированной реакции на гиповолемию (Herbert, 1993). Другие пептиды вызывают другие реакции. Интересно, существует ли набор пептидов, специфический для агрессии?

Пептиды, как и другие нейротрансмиттеры, могут выполнять разные роли в контроле агрессивного поведения на нескольких уровнях. Сюда входят мозговые процессы (см. рис. 4.1), посредством которых агрессия используется для достижения определенных целей (например, получение пищи) или как средство организации социальной структуры (у биологических видов, которые живут в группах), либо мозговые механизмы, посредством которых агрессивная стратегия преобразуется в проявления агрессивного поведения и сопутствующие реакции систем — эндокринной и автономной нервной. Сложные поведенческие и физиологические паттерны, которые формируют реакцию на агрессию со стороны, могут тоже включать механизмы с участием пептидов.

В данной главе мы сосредоточим внимание на трех пептидах, которые больше всего связаны с агрессией. Мы не имеем в виду, что таких пептидов мало, но эти три описываются как образцы для настоящих и будущих исследований в этой быстро развивающейся области. К ним относятся кортикотропин-рилизинг-фактор, вазопрессин (AVP) и опиоидные пептиды.

Кортикотропин-рилизинг-фактор и агрессия

Кортикотронин-рилизинг-фактор состоит из 41 аминокислоты. Этот пептид обнаруживается в нейронах и нервных окончаниях во многих клеточных скоплениях ствола мозга, связанных с функционированием автономной нервной системы (например, парабрахиальное ядро, голубоватое пятно и дорсальный комплекс блуждающего нерва), а также во многих отделах коры головного мозга, но преимущественно в лимбической системе (Lewis *et al.*, 1989; Merchenthaler *et al.*, 1982; Sakanaka *et al.*, 1987). Есть также области повышенного связывания КРФ в тех структурах, где расположены окончания специфических нейронов, хотя, как и для других пептидов, зависимость между плотностью окончаний, имеющих сродство с КРФ, и плотностью рецепторов весьма относительная (De Sousa,1987; Hauger *et al.*, 1988). Установлено, что КРФ играет интегрирующую роль в организации реагирования поведенческой, эндокринной и автономной нервной систем на стрессовые стимулы (такие, как агрессия). Введение этого пепдида непосредственно в головной мозг повышает уровень тревоги (страха) у крыс. Поскольку миндалина влияет на проявления страха и агрессивного поведения (см. выше), особый интерес вызывает роль КРФ в этом отделе мозга. Агрессивные и другие поведенческие реакции на присутствие другого незнакомого самца (биологически опосредованный социальный стрессор) ослабевали у самцов крыс после введения КРФ в желудочки головного мозга, но усиливались, если КРФ вводился в миндалины (Elkabir *et al.*, 1990). Таким образом, воздействие КРФ может зависеть от места приложения. Обнаружено, что КРФ в нормальных условиях вызывает высоколокализованную реакцию экспрессии *c-fos* (Arnold *et al.*, 1992), подобную наблюдаемой у крыс, подвергшихся внезапной агрессии.

Вазопрессин и агрессия

Вазопрессин обнаруживается во многих отделах центральной нервной системы, в том числе в ядрах гипоталамуса и прилежащих областей (например, ядро ложа конечной полоски, медиальные отделы миндалины). Микроинъекции вазопрессина в вентролатеральный и передний гипоталамус и в медиальную миндалину повышают агрессивные реакции нападения у грызунов (Ferris & Delville, 1994; Koolhaas *et al* , 1990). И наоборот, микроинъекции антагонистов AVP V_1-рецепторов в передний гипоталамус предупреждают развитие таких форм поведения (Ferris & Delville, 1994; Ferris & Potegal, 1988; Potegal & Ferris, 1990). Однако установлено, что введение вазопрессина в латеральную перегородку снижает уровень агрессивности у мышей и крыс (Compaan *et al.*, 1993; Everts *et al.*, 1997). Необходимо отметить, что концентрация вазопрессина в перегородке, медиальной миндалине и частично в гипоталамусе зависит от концентрации тестостерона — это может объяснять роль последнего при некоторых формах агрессии (см. ниже) (Delville *et al.*, 1996; Everts *et al.*, 1997; Koolhaas *et al* , 1991). Вазопрессин также потенцирует отдельные аспекты действия КРФ, включая проявления агрессивного поведения (Elkabir *et al.*, 1990). Введение вазопрессина в желудочки головного мозга вызывает иммунологическую реакцию *c-fos* в определенных отделах основания переднего мозга и ствола мозга, напоминающие (но не идентичные) реакции на введение КРФ (Andreae & Herbert, 1993).

Опиоиды и агрессия

Три типа опиоидов (энкефалины, эндорфины и динорфины) участвуют во многих функциях нервной системы. Их роль в агрессии и в других формах социального поведения только начинают изучать. У мышей при недостатке энкефалинов отмечались более выраженные агрессия нападения и тревога, чем у мышей контрольной группы (Konig *et al.*, 1996). Введение энкефалинов в серое вещество области сильвиева водопровода подавляло реакцию защиты, этот эффект, вероятно, зависел от изменения функционирования миндалины (Shaikh *et al.*, 1991). Исследования роли опиоидов в агрессивном поведении людей проводились редко. Получены данные о повышенной концентрации опиоидных рецепторов в головном мозге подростков, покончивших жизнь самоубийством (Gross-Isseroff *et al.*, 1990).

Взаимодействие между аминами и пептидами

Пептиды и моноамины взаимодействуют в процессах регулирования поведения, в том числе агрессивного. Например, лечение флуоксетином (селективный ингибитор обратного захвата серотонина — см. выше) предупреждает развитие агрессии, обычно возникающей при микроинъекциях вазопрессина в гипоталамус (Ferris & Delville, 1996), что свидетельствует о непосредственном взаимодействии между этим пептидом и серотонинергической системой. У людей обнаружена выраженная прямая зависимость между повышением концентрации вазопрессина в спинномозговой жидкости и уровнем агрессивности при расстройствах личности с драками и нападениями в анамнезе, наряду со снижением реактивности системы 5-НТ, что определялось пробой с фенфлурамином (Coccaro, 1996). Таким образом, у людей снижение реактивности системы 5-НТ может вызвать повышение концентрации вазопрессина в головном мозге и спровоцировать импульсивные агрессивные формы поведения.

Изучение роли пептидов в агрессии только начинается. Пептиды, не рассмотренные в данном разделе (например, окситоцин), также играют роль в агрессивном поведении (Herbert, 1993). Учитывая разнообразие обстоятельств, в которых такое поведение возникает, это неудивительно. У нас по-прежнему мало данных о конкретной роли пептидов в агрессивном поведении; в частности, могут ли пептиды, действующие в определенных структурах головного мозга (например, в миндалине), играть определенную роль в выборе и проявлении тех или иных форм агрессивного поведения либо реагирования на агрессию. Однако существуют четкие различия между соответствующими функциями аминов, пептидов и стероидов (см. ниже) в отношении этих видов поведения (как и любых других), поэтому мы можем ожидать дальнейших открытий в ближайшем будущем.

Стероиды и агрессия, особая роль тестостерона

И наконец, существуют химические сигналы, поступающие в мозг из других частей организма и воздействующие на работу мозга; наиболее важными из них являются стероидные гормоны (см. рис. 4. 5). Самая высокая концентрация стероидных рецепторов обнаружена в лимбической системе (Nieuwenhuys, 1996). Влияние этих веществ традиционно изучается в экспериментах с назначением стероидов или их

выведением из организма. Установлено, что важнейшим фактором является возраст животного. В некоторых случаях стероиды вводили непосредственно в отдельные структуры мозга, при этом изучали связи между особенностями нейроанатомической организации и химическими воздействиями. Большинство исследований на людях (в основном на мужчинах) носили сравнительный характер, хотя много данных получено при изучении генетических аберраций или изменений функционирования эндокринной системы.

У многих биологических видов сезоны спаривания имеют определенные границы, в это время проявляется сексуальное поведение и повышается уровень половых гормонов. В зависимости от социальной структуры у представителей таких видов может наблюдаться параллельное повышение уровня агрессии, особенно в отношениях между самцами (Wilson & Boelkins 1970). У большинства видов млекопитающих агрессия чаще наблюдается между самцами, чем между самками. Половые различия связывают с формообразующим и повышающим чувствительность действием андрогенов в период развития особи и их активирующего действия в течение периода полового созревания и зрелости (Brain, 1981). Выявлены структурные изменения в головном мозге в ответ на воздействие стероидов (например, тестостерона) в раннем периоде жизни, хотя трудно связать это с формами поведения. Эти изменения обнаружены в отделах лимбической системы, в которых есть андрогенные рецепторы, например в переднем гипоталамусе, медиальной миндалине и перегородке — все эти структуры связаны с проявлениями агрессии (Wood & Newman, 1995). В человеческом обществе большинство агрессивных преступлений совершают мужчины (у них больше андрогенов, чем у женщин). Кроме того, существует предположение, что неистовство (вспышки агрессивного возбуждения) может наблюдаться у лиц, получивших большие дозы тестостерона (Parrott *et al.*, 1994; Yesalis *et al.*, 1993). Все это указывает на то, что тестостерон является гормоном, провоцирующим агрессию. В чем заключаются доказательства?

Стероиды и агрессия в период развития: формообразующие действия

Наличие андрогенов в течение критической фазы раннего детства вызывает маскулинизацию и дефеминизацию головного мозга. Считается, что эти гормоны оказывают основное влияние на организацию определенных отделов головного мозга, которые делают особей мужского пола более чувствительными к провоцирующему агрессию действию тестостерона в период взрослости. Введение андрогенов самкам крыс сразу после их рождения приводит к тому, что в зрелом возрасте у них может развиваться агрессивное поведение после удаления яичников и введения андрогенов. Введение самкам обезьян тестостерона в пренатальном периоде повышало частоту агрессивных игр (Goy, 1978). Положение плода внутри матки влияет на развитие агрессивных форм отношений между самками мышей. Самки, которые развиваются в матке между двумя самцами, подвергаются более интенсивному воздействию тестостерона, выделяемого плодами мужского пола, чем самки, развивающиеся между двумя самками. У последних в период взрослости отмечалась высокая агрессивность по отношению к другим самкам, но не к самцам (Vom Saal, 1983). Однако активирующие свойства тестостерона могли наблюдаться у самцов, кастрированных при рождении, после инъекций тестостерона в период взрослости. Таким образом, особая организа-

ция нервной системы не является обязательной предпосылкой того, что взрослые самцы будут проявлять агрессию при введении тестостерона, однако воздействие его на ранних этапах жизни делает самцов более чувствительными к этому влиянию тестостерона.

Влияние андрогенов в пренатальном периоде на агрессивное поведение человека изучено на пациентах, у которых нормальная концентрация андрогенов была изменена в связи с эндокринными расстройствами (например, частичная нечувствительность к андрогенам у лиц мужского пола; врожденная гиперплазия надпочечников у лиц женского пола, которая сопровождается пренатальной андрогенизацией) или с введением гормонов для сохранения беременности (например, введение прогестагенов, обладающих андрогенными и эстрогенными свойствами). В целом воздействие андрогенов в пренатальном периоде влияет на агрессивное поведение в детстве или в более позднем возрасте таким же образом, как это наблюдается у других млекопитающих: повышение уровня агрессии выявлено у девочек, подвергавшихся в пренатальном периоде воздействию андрогенов в дозах, превышавших физиологические (Berenbaum & Resnick, 1997). Однако эти наблюдения сложнее интерпретировать, учитывая то, что эти девочки не подвергались воздействию андрогенов в период взрослости (т. е. эти исследования, строго говоря, не соответствуют экспериментам, проведенным на животных), поэтому их результаты не вполне убедительны (Archer, 1991; Brain, 1994; Meyer-Bahlburg & Ehrhardt, 1982; Rainish & Sanders, 1987). Важно учитывать, что и другие вещества, кроме гормонов, могут влиять на концентрацию андрогенов в пренатальном периоде; например, барбитураты снижают концентрацию тестостерона (Rainish & Sanders, 1982).

Стероиды и агрессия после полового созревания: активирующее действие

Уровень агрессивного поведения повышается в пубертатном периоде как у приматов, так и у представителей других биологических видов (например, грызунов); особенно у самцов и у выловленных обезьян выявлена корреляция между концентрацией тестостерона (и в крови, и в спинномозговой жидкости) и уровнем агрессии (Higley *et al.*, 1996). Однако введение взрослым человекообразным приматам тестостерона поразному влияло на агрессию (Dixson, 1980). В исследованиях на людях неоднократно предпринимались попытки установить связь между концентрацией тестостерона в пубертатном периоде и в период взрослости и агрессивным поведением (Albert *et al.*, 1993; Archer, 1991, 1994; Brain, 1994). Вопрос состоит в том, связаны ли индивидуальные различия агрессивности с различиями в концентрациях тестостерона. Обнаружено, что у взрослых более высокая концентрация тестостерона характерна для групп, отобранных по признаку высокой агрессивности. Например, у мужчин отмечалась прямая корреляция между концентрацией тестостерона в слюне (показатель «свободного» тестостерона) и пребыванием в заключении в связи с совершением ими насильственных преступлений (Dabb *et al.*, 1987). Аналогичные корреляции между концентрацией тестостерона и агрессивным поведением были обнаружены у мальчиков-подростков и у взрослых мужчин (Christiansen & Knussmann,1987; Olweus *et al.*, 1988), хотя эти корреляции вызывали сомнения (Campbell *et al.*, 1997). Однако прием мужчинами тестостерона не во всех случаях оказывал ожидаемое влияние на агрессию. Например, дозы тестостерона, превышавшие физиологические, не усиливали (по данным самооцен-

ки) чувство озлобленности или раздражительности (Bjorkvist *et al.*, 1994), а также гнева и враждебности (Tricker *et al.*, 1996). Однако как тестостерон (у мальчиков), так и эстрогены (у девочек) повышали уровень физической агрессии (по данным анкетирования) у подростков с пониженной функцией половых желез (Finkelstein *et al.*, 1997). У мужчин, принимающих анаболические стероиды, выявлен более высокий уровень агрессивности (шкальная оценка) по сравнению с контрольной группой (Yates *et al.*, 1992). Однако высказываются сомнения в отношении прямой зависимости между концентрацией тестостерона и агрессией у мужчин (Archer *et al.*, 1998; Hines, 1998).

Из этих противоречивых данных можно сделать два важных вывода. Во-первых, тестостерон (как показано выше) влияет на сексуальное поведение, что, в свою очередь, обусловливает агрессивность в отношениях мужских особей. Поэтому стимулирующий эффект тестостерона на агрессию может иметь смысл (и может адекватно изучаться) в контексте репродуктивного поведения и соперничества. Во-вторых, социальная структура групп приматов (включая людей) отражается в модели их агрессивных взаимодействий. Однако социальный статус также влияет на концентрацию тестостерона, поэтому корреляции между индивидуальными различиями агрессивности и концентрациями тестостерона могут быть также опосредованными. Многие исследования, проведенные как на людях, так и на человекообразных приматах, показали, что социальный «стресс» (т. е. требования со стороны социального или производственного окружения) снижает концентрацию тестостерона и что «доминирующие» особи мужского пола отличаются более высокой концентрацией тестостерона (Dixson & Herbert, 1977; Kreus *et al.*, 1972; Rose *et al.*, 1971). Изучение мальчиков-подростков показало, что у тех из них, кого сверстники оценивали как «крутых» и популярных «лидеров», отмечалась самая высокая концентрация тестостерона, но у них не наблюдалось повышенной агрессии. У тех, кто был жестким, не считался лидером, но был агрессивен (и не пользовался популярностью), отмечалась более низкая концентрация тестостерона (Schaal *et al.*, 1996). Связь между социальной структурой, тестостероном и агрессией у приматов мужского пола можно представить в виде треугольника, и эту связь необходимо тщательно изучить, чтобы правильно оценить влияние тестостерона на агрессивное поведение. Существует также проблема измерения агрессии. Например, необходимо дифференцировать агрессивные действия (насилие) и агрессивные тенденции, которые определяются с помощью опросников, предусматривающих самооценку.

Чтобы не создавалось впечатление, будто тестостерон является «стероидом агрессии», необходимо отметить, что и другие стероидные гормоны могут играть роль в том или ином контексте. Например, самки крыс, вскармливающие детенышей молоком, проявляют высокий уровень агрессии по отношению к приближающимся самцам (в отличие от самок). Создается впечатление, что агрессивные реакции зависят от вскармливания детенышей и выполняют явно биологические функции (например, защита потомства). Введение тестостерона кормящим самкам снижает их агрессивные реакции по отношению к самцам (см. Herbert, 1990). С другой стороны, есть данные, что дегидроэпиандростерон (DHEA — стероид, концентрация которого в человеческой крови очень высокая, но снижается с возрастом) может ослаблять агрессию у мышей (Schlegel *et al.*, 1985). Таким образом, гормоны влияют на агрессию, к тому же поразному в зависимости от контекста; при изменении контекста изменяется и сущность гормонального контроля.

Выводы

Регулирование агрессивного поведения является функцией многих отделов головного мозга. Многие анатомические структуры связаны с агрессией, однако вызывает сомнение существование специальных «ядер агрессии». Агрессивное поведение обеспечивается также множеством нейрохимических систем. Взаимосвязи между разными типами агрессивного поведения, описанными в данной статье, отчасти помогают объяснить сложные и разнообразные проявления этого поведения, а также его многочисленные роли в социальных отношениях. Существует много обстоятельств и условий, в которых функции головного мозга изменяются, а это, в свою очередь, может прямо или опосредованно приводить к агрессии.

Сложный характер агрессии — паттерны поведения, обстоятельства развития и направленность — свидетельствует о том, что нет одной определенной мозговой системы, лежащей в основе такого поведения. Кроме того, мозговые системы, которые участвуют в реализации агрессивного поведения, не могут быть четко отграничены от других систем, связанных более тесно с другими формами поведения или с другими функциями. Однако следует дать более четкое определение агрессии. Это позволит глубже проанализировать ее нейробиологические основы, а следовательно, лучше понять взаимосвязь между головным мозгом и этой важнейшей формой поведения, а также поможет тем, кто пытается контролировать нежелательную агрессию у животных или у людей. Перед специалистами, изучающими агрессию у детей, стоит проблема определить взаимодействие между специфическими генами и важнейшими элементами социального и физического окружения, что определяет долговременные паттерны агрессивного поведения.

Выражение признательности

Исследование поддерживается грантами от Wellcome Trust, MRC и BBSRC (Joe Herbert), университета Валенсии (Manuela Martinez), стипендией BBV Foundation (Manuela Martinez) и объединенным грантом (Acciones Integradas) Британского совета и Министерства образования и культуры Испании (№ 160B). Мы благодарны Rachel Chesterton за работу над оригиналом, многим нашим коллегам за помощь, а также редакторам данной книги за полезные советы.

ЛИТЕРАТУРА

Adams, D.B. (1979). Brain mechanisms for offense, defense and submission. *Behavioral Brain Science, 2,* 210–41.

Adams, D.B. (1986). Ventromedial tegmental lesions abolish offense without disturbing predation or defense *Physiology and Behavior, 38,* 165–8.

Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H. & Damasio, A.R. (1995). Fear and the human amygdala. *Journal of Neuroscience, 15,* 5879–91.

Albert, DJ., Walsh, M.L. & Jonik, R.H. (1993). Aggression in humans: What is its biological foundation? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 17,* 405–25

Andreae, L.C. & Herbert, J. (1993). Expression of *c-fos* in restricted areas of the basal forebrain and brainstem following single or combined intraventricular infusions of vasopressin and corticotropin-releasing factor. *Neuroscience, 53,* 735–48

Archer, J. (1988). *Behavioural Biology of Aggression* Cambridge: Cambridge University Press.

Archer, J. (1991). The influence of testosterone on human aggression. *British Journal of Psychology, 82,* 1–28.

Archer, J. (1994). Testosterone and aggression. *Journal of Offender Rehabilitation, 21,* 3–25.

Archer, J., Birring, S.S. & Wu, F.C.W (1998) The association between testosterone and aggression among young men: empirical findings and a meta-analysis. *Aggressive Behavior, 24,* 411–20.

Arnold, FJ.L., de Lucas Bueno, M., Shiers, H., *et al* (1992). Expression of *c-fos* in regions of the basal limbic forebrain following intra-cerebroventricular corticotropin-releasing factor (CRF) in unstressed or stressed male rats. *Neuroscience, 51,* 377–90.

Asberg, M. (1994). Monoamine neurotransmitters in human aggressiveness and violence: a selective review. *Criminal Behaviour and Mental Health, 4,* 303–27.

Attili, G. & Hinde, R.A. (1986). Categories of aggression and their motivational heterogeneity. *Ethology and Sociohiology, 7,* 17–27.

Bandler, R., Carrive, P. & Zhang, S.P. (1991). Integration of somatic and autonomic reactions within the midbrain periaqueductal grey. viscerotopic, somatotopic and functional organisation. *Progress in Brain Research, 87,* 269–305.

Bard, P. (1928). A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. *American Journal of Physiology, 84,* 490–515.

Bell, R. & Hobson, H. (1994). 5-HT1A receptor influences on rodent social and agonistic behavior: a review and empirical study. *Neuroscience and Biobehavioral Review, 18,* 325–38.

Berenbaum, S.A. & Resnick, S.M. (1997). Early androgen effects on aggression in children and adults with congenital adrenal hyperplasia. *Psychoneuroendocrinology, 22,* 505–15.

Berkowitz, L. (1993). *Aggression. Its Causes, Consequences and Control* McGraw-Hill, Inc.

Bjorkvist, K., Nygren, T., Bjorklund, A.C. & Bjorkvist, S.E. (1994). Testosterone intake and aggression — real effect or anticipation. *Aggressive Behavior, 20,* 17–26.

Blanchard, D.C. & Blanchard, R.J. (1988). Ethoexperimental approaches to the biology of emotion. *Annual Review of Psychology, 39,* 43–68.

Bond, A.J (1992). Pharmacological manipulation of aggressiveness and impulsiveness in healthy volunteers. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 16,* 1–7.

Brain, P.P. (1981). Hormones and aggression in infra-human vertebrates. In P.F. Brain & D. Benton (Eds.), *The Biology of Aggression* (pp. 181–213). The Netherlands: Sythoff and Noordhoof International Publishers.

Brain, P.F. (1994). Hormonal aspects of aggression and violence. In A.J. Reiss, K.A. Miczek & J.A. Roth (Eds.), *Understanding and Preventing Violence,* Vol. 2 (pp. 177–244). Washington DC: National Academic Press.

Brain, P.F & Haug, M. (1992). Hormonal and neurochemical correlates of various forms of animal 'aggression'. *Psychoneuroendocrinology, 17,* 537–51.

Brown, G.L., Goodwin, F.K. & Ballenger, J.C. (1979). Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Research, 1,* 131–9.

Brown, G L. & Linnoila, M.I (1990). CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity and violence. *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 31–41

Cai, B., Matsumoto, K., Ohta, H. & Watanabe, H (1993). Biphasic effects of typical antidepressants and Mianserin, an atypical antidepressant, on aggressive behavior in socially isolated mice. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 44,* 519–25.

Campbell, A., Muncer, S. & Odber, J. (1997). Aggression and testosterone: testing a bio-social model. *Aggressive Behavior, 23,* 229–238.

Castrogiovanni, P., Di-Muro, A. & Maremanni, I. (1992). Fluoxetine reduces aggressive behavior in depressive outpatients. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 8,* 57.

Christiansen, K. & Knussmann, R (1987). Androgen levels and components of aggressive behavior in men. *Hormones and Behavior, 21,* 170–80.

Cleare, A.J. & Bond, A.J. (1995). The effect of tryptophan depletion and enhancement on subjective and behavioural aggression in normal male subjects. *Psychopharmacology, 118,* 72–81.

Coccaro, E.F. (1996). Neurotransmitter correlated of impulsive aggression in humans. In C.F. Ferris & T. Grisso (Eds.), *Understanding Aggressive Behavior in Children,* Vol. 794 (pp. 82–9). New York. New York Academy of Sciences

Coccaro, E.F., Gabriel. S. & Siever, L.J. (1990). Buspirone challenge: preliminary evidence for a role for central 5-HT_{1A} receptor function in impulsive aggressive behavior in humans. *Psychopharmacology Bulletin, 26,* 393–405.

Coccaro, E.F. & Kavousi, R.J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry, 54,* 1081–8.

Coccaro, E.P., Kavousi, R.J. & Lesser, J.C. (1992). Self- and other-directed human aggression: the role of the central serotonergic system. *International Clinical Psychopharmacology, 16 Suppl. 6,* 70–83.

Collier, D.A., Arranz, MJ., Sham, P. *et al.* (1996). The serotonin transporter is a potential susceptibility factor of bipolar affective disorder. *NeuroReport,* 7, 1675–9.

Compaan, J.C., Buijs, R.M , Pool, C.W., De Ruiter, A.J.H. & Koolhaas, J.M. (1993). Differential lateral septal vasopressin innervation in aggressive and nonaggressive male mice. *Brain Research Bulletin, 30,* 1–6.

Constantino, J.N., Liberman, M. & Kincald, M. (1997). Effect of serotonin reuptake inhibitors on aggressive behavior in psychiatrically hospitalized adolescents: results of an open trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7,* 31–44.

Cornelius, J R., Soloff, P.H., Perel, J.M. & Ulrich, R.P. (1990). Fluoxetine trial in borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin, 26,* 151–4

Dabbs, J.M., Frady, R.L., Carr, T.S. & Besch, N.F. (1987). Saliva testsoterone and criminal violence in young adult prison inmates. *Psychosomatic Medicine, 49,* 174–82.

de Bruin, J.P.C (1990). Orbital prefrontal cortex, dopamine and social-agonistic behavior in male Long Evans rats. *Aggressive Behavior, 16,* 231–48.

de Bruin, J.P.C., van Oyen, H.G.M. & van de Poll, N. (1983). Behavioural changes following lesions of the orbital prefrontal cortex in male rats. *Behavioural Brain Research, 10,* 209–32.

Delville, Y., Mansour, K.M. & Ferris, C.F. (1996) Testosterone facilitates aggression by modulating vasopressin receptors in the hypothalamus. *Physiology and Behavior, 60,* 25–9.

De Souza, E.B. (1987). Corticotropin-releasing factor receptors in the rat central nervous system: characterisation and regional distribution. *Journal of Neuroscience, 7,* 88–100.

Dixson, A.F. (1980). Androgens and aggressive behaviour in primates: a review. *Aggressive Behavior,* 637–47.

Dixson, A.F. & Herbert, J. (1977). Testosterone, aggressive behaviour and dominance rank in captive male talapoin monkeys. *Physiology and Behaviour, 18,* 539–43.

Eichelman, B. (1983). The limbic system and aggression in humans. *Neurwcience ana Bio-beliaviourai Reviews,* 7, 391–4.

Eichelman, B.S. (1990). Neurochemical and psychopharmacological aspects of aggressive behavior. *Annual Reviews of Medicine, 41,* 149–58.

Elkabir, D.R., Wyatt, M.E., Vellucci, S.V. & Herbert, J. (1990). The effects of separate or combined infusions of corticotropin-releasing factor and vasopressin either intraventricularly or into the amygdala on aggressive and investigative behaviour in the rat. *Regulatory Peptides, 28,* 199–214

Ellison, G.D. & Plynn, J.P. (1968). Organized aggressive behavior in cats after surgical isolation of the hypothalamus. *Archives Italiennes de Biologic, 106,* 1–20.

Everts, H.G.J., De Ruiter, A.J.H. & Koolhaas, J.M. (1997). Differential lateral septal vasopressin in wild-type rats: correlation with aggression. *Hormones and Behavior, 31,* 136–44.

Ferris, C.F. & Delville, Y. (1994). Vasopressin and serotonin interactions in the control of agonistic behavior. *Psychoneuroendocrinology, 19,* 593–601.

Ferris, C.F. & Potegal, M. (1988). Vasopressin receptor blockade in the anterior hypothalamus suppresses aggression in hamsters. *Physiology and Behaviour, 44,* 235–9.

Finkelstein, J.W., Susman, E.J., Chinchilli, V.M., *et al.* (1997). Estrogen or testosterone increases self-reported aggressive behaviors in hypogonadal adolescents. *Journal of Clinical Endocrinoleg and Metabolism, 82,* 2433–8.

Fuster, J.M. (1989). *The Prefrontal Cortex: Anatomy, Physiology and Neuropsychology of the Frontal Lobe.* New York: Raven.

Giancola, P.R. (1995). Evidence for dorsolateral and orbital prefrontal cortical involvement in the expression of aggressive behavior. *Aggressive Behavior, 21,* 431–50.

Goy, R.W. (1978). Development of play and mounting behavior in female rhesus virilized prenatally with esters of testosterone or dihydrotestosterone. In D.J. Chivers & J. Herbert (Eds.), *Recent Advances in Primatology,* Vol. 1 (pp. 449–62). London: Academic Press.

Gross-Isseroff, R., Dillon, K.A., Israeli, M. & Biegon, A. (1990). Regionally selective increases in mu opioid receptor density in the brains of suicide victims. *Brain Research, 530,* 312–16.

Hauger, R.L., Millan, M A., Lorang, M., Harwood, J.P. & Aguilera, G. (1988). Corticotropin-releasing factor receptors and pituitary adrenal responses during immobilisation stress. *Endocrinology, 123,* 396–405.

Herbert, J. (1987). Neuroendocrine responses to social stress *The Neuroendocrinology of Stress. Baillere's Clinical Endocrinology and Metabolism,* Vol. 1, No. 2, 467–90.

Herbert, J. (1990). The physiology of aggression. In J. Groebel & R.A. Hinde (Eds.), *Aggression and War* (pp. 58–71). Cambridge: Cambridge University Press.

Herbert, J. (1993). Peptides in the limbic system: chemical codes co-ordinating adaptive responses to behavioural or physiological demand. *Progress in Neuroliiology, 41,* 723–91.

Herbert, J. (1996). Sexuality, stress and the chemical architecture of the brain. *Annual Review of Sex Research,* 7, 1–43

Hess, W.R. (1954) *Diencephalon: Autonomic and Extrapyramidal Functions.* New York· Grune and Stratton.

Higley, J.D., Mehlman, P.T , Poland, R.E., *et al.* (1996). CSF testosterone and 5-HIAA correlate with different types of aggressive behaviors. *Biological Psychiatry, 40,* 1067–82.

Hines, M. (1998). Adult testosterone levels have little or no significance on dominance in men. *Behavioral Brain Sciences, 21,* 377.

Kagan, J. & Schulkin, J. (1995). On the concepts of fear. *Harvard Review of Psychology, 3,* 231–4.

Kavoussi, R., Armstead, P. & Coccaro, E. (1997). The neurobiology of impulsive aggression. *Psychiatric Clinics of North America, 20,* 395–403.

Kemph, J.P., Devane, C.L., Levin, G.M., Jarecke, R. & Miller, R.L. (1993). Treatment of aggressive children with clonidine — results of an open pilot. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 577–81.

King, R.A., Riddle, M.A., Chappell, P.B., *et al.* (1991). Emergence of self-destructive phenomenon in children and adolescents during fluoxetine treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 179–86.

Kling, A.S. & Brothers, L.A. (1992). The amygdala and social behavior. In J.P. Aggleton (Ed.), *The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory and Mental Dysfunction,* pp. 353–77 New York: Wiley-Liss, Inc.

Kollack-Walker, S. & Newman, S.W. (1995). Mating and agonistic behavior produce different patterns of fos immunolabeling in the male Syrian hamster brain. *Neuroscience, 66,* 721–36.

Konig, M., Zimmer, A.M., Steiner, H., *et al.* (1996). Pain responses, anxiety and aggression in mice deficient in pre-proenkephalin. *Nature, 383,* 535–8.

Koolhaas, J.M., Moor, E., & Hiemstra, Y. (1991). The testosterone-dependent vasopressinergic neurons in the medial amygdala and lateral septum: involvement in social behaviour in male rats In S. Jard & R. Jamison (Eds.), *Vasopressin* (pp. 213–19). Paris: INSERM/Libbey.

Koolhaas, J.M., van den Brink, T.H C., Roozendaal, B. & Boorsma, P (1990). Medial amygdala and aggressive behavior: interaction between testosterone and vasopressin. *Aggressive Behavior, 16,* 223–9.

Kreuz, L.E., Rose, R.M. & Jennings, J.R. (1972). Suppression of plasma testosterone levels and psychological stress *Archives of General Psychiatry, 26,* 479–83.

Kruk, M.R. (1991). Ethology and pharmacology of hypothalamic aggression in the rat. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 15,* 527–38.

LaBar, K.S., Gatenby, J.C., Gore, J.C., LeDoux, J.E. & Phelps, E.A. (1998). Human amygdala activation during conditioned fear acquisition and extinction: a mixed-trial MRI study. *Neuron, 20,* 937–45

Le Moal, M. & Simon, H. (1992). Mesolimbic dopaminergic network: functional and regulatory roles. *Physiological Reviews, 71,* 155–234

Lewis, D.A., Foote, S.L & Cha, C.I. (1989) Corticotropin-releasing factor immunoreactivity in monkey neocortex: an immunohistochemical analysis. *Journal of Comparative Neurology, 290,* 599–613

Ljungberg, T., Apicella, P. & Schultz, W. (1992). Responses of monkey dopamine neurons during learning of behavioral reactions. *Journal of Neurophysiology, 67,* 145–63.

Luria, A.R. (1980). *Higher Cortical Functions in Man.* New York: Basic Books.

Mann, J.J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine, 4,* 25–30.

Mann, J.J., Standley, M., McBride, P.A. & McEwen, B.S. (1986). Increased serotonin 2 and beta adrenergic receptor binding in frontal cortices of suicide victims. *Archives of General Psychiatry, 43,* 954–9.

Marazziti, D., Rotondo, A., Presta, S., *et al.* (1993). Role of serotonin in human aggressive behaviour. *Aggressive Behavior, 19,* 347–53.

Maren, S. & Fanselow, M.S. (1996). The amygdala and fear conditioning: has the nut been cracked? *Neuron, 16,* 237–40.

Martinez, M., Phillips, P.J. & Herbert, J. (1998). Adaptation in patterns of c-fos expression in the brain associated with exposure to either single or repeated social stress in male rats. *European Journal of Neuroscience, 10,* 20–33.

Matsumoto, K., Ojima, K. & Watanabe, H. (1995). Noradrenergic denervation attenuates desipramine enhancement of aggressive behavior in isolated mice. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 50,* 481–4.

McGregor, A. & Herbert, J. (1992) Differential effects of excitotoxic basolateral and corticomedial lesions of the amygdala on the behavioural and endocrine responses to either sexual or aggression-promoting stimuli in the male rat. *Brain Research, 574,* 9–20

Merchenthaler, I., Vigh, S., Petrusz, P. & Schally, A.V. (1982). Immunocytochemical localisation of corticotrophin-releasing factors (CRF) in the rat brain. *American Journal of Anatomy, 165,* 385–96.

Meyer-Bahlburg, H.P.L. & Ehrhardt, A.A. (1982). Prenatal sex hormones and human aggression: a review and new data on progestogen effects. *Aggressive Behavior, 8,* 39–62.

Miczek, K.A. (1991). Tolerance to the analgesic, but not discriminative stimulus of morphine after brief social defeat in rats. *Psycho-pharmacology, 104,* 181–6.

Miczek, K.A., Weerts, E., Haney, M. & Tidey, J. (1994). Neurobiological mechanisms controlling aggression: preclinical developments for pharmacotherapeutic interventions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 18,* 97–110.

Miller, L. (1994). Traumatic brain injury and aggression. *Journal of Offender Rehabilitation, 21,* 91–103.

Mos, J., Lammers, J.H., van der Poel, A.M., *et al.* (1983). Effects of midbrain central gray lesions on spontaneously and electrically induced aggression in the rat. *Aggressive Behavior, 9,* 133–55.

Moyer, K.E. (1968). Kinds of aggression and their physiological basis. *Communications in Behavioral Biology, 2,* 65–87.

Muehlenkamp, P., Lucion, A. & Vogel, W.H. (1995). Effects of selective serotonergic agonistson aggressive behavior in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 50,* 671–4.

Narabayashi, H., Nagao, T., Saito, Y., Yosluda, M. & Nagahata, M. (1963). Stereotaxic amygdalectomy for behavior disorders. *Archives of Neurology, 9,* 1–16.

Nieuwenhuys, R. (1996). The greater limbic system, the emotional motor system and the brain. *Progress in Brain Research, 107,* 551–80.

Olivier, B. & Mos, J. (1992). Rodent models of aggressive behavior and serotonergic drugs. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 16,* 847–70.

Olivier, B., Mos, J. & Raghoebar, P. (1994). Serenics. *Progress in Drug Research, 42,* 167–308.

Olivier, B., Mos, J., van der Heyden, J. &: Hartog, J. (1989). Serotonergic modulation of social interactions in isolated male mice. *Psychopharmacology, 97,* 154–6.

Olweus, D., Mattsson, A., Schalling, D. & Low, H. (1988) Circulating testosterone levels and aggression in adolescent males; a causal analysis. *Psychosomatic* Medicine, 50, 261–72.

Palkovits, M. & Brownstein, M.J. (1985). Distribution of neuropeptides in the central nervous system using biochemical micromethods. In A. Bjorklund & T. Hokfelt (Eds.), *Handbook of Chemical Neuroanatomy, 4,* 1–71. Amsterdam: Elsevier

Paredes, R.G. & Agmo, A. (1992). GABA and behavior: the role of receptor subtypes. *Neuroscience and Biobehavioral Review, 16,* 145–70.

Parrott, A.C., Choi, P.Y.L. & Davies, M. (1994). Anabolic-steroid use by amateur athletes — effects upon psychological mood states. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 43,* 292–8.

Pfeffer, C.R., Jiang, H. & Domeshek, L.J. (1997) Buspirine treatment ofpsychiatrically hospitalized prepubertal children with symptoms of anxiety and moderately severe aggression *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7,* 145–55

Potegal, M. & Ferris, C.F. (1990) Intraspecific aggression in male hamsters is inhibited by intrahypothalamic VP-receptor antagonist. *Aggressive Behavior, 15,* 311–20.

Pucilowski, O., Kostowski, W., Bidinski, A. & Hauptmann, M. (1980). Effect of 6-hydroxy-dopamine-induced lesions of A10 dopaminergic neurons on aggressive behaviour in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 16,* 547–51.

Raine, A., Buchsman, M. & LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry, 42,* 495–508

Raine, A., Buchsman, M.S., Stanely, G , *et al.* (1994). Selective reductions in frontal glucose-metabolism in murderers. *Biological Psychiatry, 36,* 365–73.

Rainish, J.M. & Sanders, S A (1982). Early barbiturate exposure: the brain, sexuality dimorphic behavior, and learning. *Neuroscience and Biohehavioral Reviews, 6,* 311–19

Rainish, J.M. & Sanders, S.A. (1987). Behavioral influences of prenatal homones. In C.B. Nemeroff & P.T. Loosen (Eds.), *Handbook of Clinical Psychoneuroendocrinology* (pp 431–48). New York. Guilford Press.

Ramboz, S., Saudou, F., Amara, D.A., *et al* (1996). 5-HT_{1B} receptor knock out-behavioral consequences *Behavioural Brain Research, 73,* 305–12.

Ratey, J.J. & Chandler, H.K. (1995). Serenics. Therapeutic potential in aggression. *CNS Drugs, 4,* 256–60.

Rose, R.M., Holaday, J W & Bernstein, I.S. (1971). Plasma testosterone, dominance rank and aggressive behavior in male rhesus monkeys. *Nature, 231,* 366–8.

Sakanaka, M., Shibasaki, T. & Lederis, K. (1987). Corticotropin releasing factor-like immunoreactivity in the rat brain as revealed by a modified cobalt-glucose oxidase-diaminobenzidine method. *Journal of Comparative Neurology, 260,* 256–98.

Sanchez, C. & Meier, E. (1997). Behavioral profiles of SSRIs in animal models of depression, anxiety and aggression. *Psychopharmacology, 129,* 197–205.

Sano, K., Mayanagi, Y., Sekino, H , Ogashiwa, M. &. Ishyima, B. (1970). Results of stimulation and destruction of the posterior hypothalamus in man. *Journal of Neurosurgery, 33,* 689–707.

Schaal, B , Tremblay, R.E., Soussignan, R & Susman, E.J. (1996). Male testosterone linked to high social dominance but low physical aggression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1322–30.

Schlegel, M.L., Spetz, J.F., Robel, P. & Haug, M. (1985). Studies on the effects of dehydroepiandrosterone and its metabolites on attack by castrated mice on intruders. *Physiology and Behaviour, 34,* 867–70.

Shaikh, M.B., Lu, C.L. & Siegel, A. (1991). An enkephalinergic mechanism involved in amygdaloid suppression of affective defence behavior elicited from the midbrain periaqueductal grey in the cat *Brain Research, 559,* 109–17.

Tidey, J.W. & Miczek, K. (1996). Social defeat selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. *Brain Research, 721,* 140–9.

Tricker, R., Casaburi, R., Storer, T.W., *et al.* (1996). The effects of supraphysiological doses of testosterone on angry behavior in healthy eugonadal men — a clinical research-center study. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 81,* 3754–8.

Ursin, H. (1981). Neuroanatomical basis of aggression. In P.p. Brain & D. Benton (Eds.), *Multidisciplinary Approaches to Aggression Research* (pp. 269–95). Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

Valzelli, L. (1969). Aggressive behaviour induced by isolation. In S. Garattini & E.B. Sigg (Eds.), *Excerpta Medica* (pp. 70–6). Amsterdam. Elsevier Publishers.

Valzelli, L. (1981). *Psychobiology of Aggression and Violence.* London: Raven Press.

Van de Poll, N.E. & van Goozen, S.H.M. (1992). Hypothalamic involvement in sexuality and hostility: comparative psychological aspects. In D.F. Swaab, M.A. Hofman, M. Mirmiran, R. Ravid & F.W. van Leeuwen (Eds.), *Progress in Brain Research.* Vol. 93 (pp. 343–60). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Vergnes, M., Depaulis, A. & Boehrer, A. (1986). Parachlorophenylalanine-induced serotonin depletion increases offensive but not defensive aggression in male rats. *Physiology and Behavior, 36,* 653–8.

Vom Saal, F.S. (1983). Models of early hormonal effects on intrasex aggression in mice. In B.B. Svare (Eds.), *Hormones and Aggressive Behavior* (pp. 234–45). New York: Plenum Press.

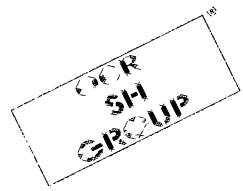
Weiger, W.A. & Bear, D.M. (1988). An approach to the neurology of aggression. *Journal of Psychiatric Research, 22,* 85–98.

Wilson, A.P. & Boelkins, R.C. (1970). Evidence for seasonal variation in aggressive behaviour by *Macaca mulatto. Animal Behaviour, 18,* 719–24.

Wood, R.I. & Newman, S.W. (1995). Androgen and estrogen receptors co-exist within individual neurons in the brain of the Syrian hamster. *Neuroendocrinology, 62,* 487–97.

Yates, W.R., Perry, P. & Murray, S. (1992). Aggression and hostility in anabolic steroid users. *Biological Psychiatry, 31,* 1232–4.

Yesalis, C., Kennedy, N., Kopstein, A. & Bahrke, M. (1993). Anabolic-androgenic steroid use in the United States. *Journal of the American Medical Association, 270,* 1217–21.



5

Влияние биологических и социальных факторов на антисоциальное поведение детей и подростков

Jonathan Hill

Введение

Во многих главах данного тома показано, что появление и устойчивость нарушений поведения в детстве влияют на процессы взаимодействия индивида и среды (см. также Caspi & Moffit, 1995). Установлено также, что у многих детей из группы самого высокого риска отмечаются проблемы, которые возникают рано и являются надежными предикторами антисоциального поведения в подростковом и юношеском возрасте; это свидетельствует о важности устойчивой индивидуальной предрасположенности. Последнее характеризуется в рамках генетического влияния (Simonoff, глава 8), нарушений нейропсихических функций (Lynam & Henry, глава 9), перцептивных процессов (Pettit *et al.*, глава 11) и типа привязанности (DeKlyen & Speltz, глава 12). В настоящее время мы не можем с уверенностью сказать, отражает ли этот перечень различные процессы, влияющие независимо либо в разных сочетаниях на степень риска, или процессы с общими элементами, рассматриваемые с разных точек зрения. Если это разные процессы и они действуют независимо один от другого, нам необходимы модели, объясняющие, как это может происходить, и один из подходов заключается в анализе биосоциальных и биопсихологических процессов.

Разграничение между «биологическим» и «социальным» во многих отношениях искусственное. Действительно, нет ничего менее биологического в социальных взаимодействиях, чем физиологические процессы (Bolton & Hill, 1996). Мы употребляем термин «биологический» в основном в связи с нейроанатомией, нейрохимией и нейрофизиологией, а термин «социальный» — к отношениям с членами семьи, со сверстниками и к более широким социальным процессам. Психологические процессы выполняют функции посредника между биологическим и социальным.

Цель этой главы — увязать некоторые взгляды, анализируемые в других главах, с вопросами развития головного мозга и воздействий на него, а также обсудить некоторые данные психобиологии нарушений поведения. Мы будем ссылаться на данные нейроанатомии и нейрохимии, которые более подробно освещаются в предыдущей главе (Herbert & Martinez, глава 4) и сопровождаются рисунками.

Показатели, изученные в разных исследованиях, которые будут анализироваться, значительно различаются — от балльной оценки поведения детей на основе стандартных перечней до официальных данных о преступлениях, совершенных подростками. Следует учитывать два основных момента, которые подробно охарактеризованы Angold и Costello (глава 6). Во-первых, разные формы антисоциального поведения в разных возрастных группах могут основываться на одних и тех же процессах, в то же время одинаковые формы поведения могут отражать разные процессы. Во-вторых, скорее всего, нарушения поведения, включая и те из них, которые в настоящее время включены в конкретные диагностические категории, представляют собой неоднородные процессы. Возраст начала антисоциальных форм поведения, сопутствующие патологические состояния и половая принадлежность — это три источника неоднородности, которые привлекли внимание исследователей. Поэтому в отношении этих факторов может существовать значительная вариабельность в степени проявления и природе биосоциальных воздействий на антисоциальные формы поведения.

Основные аспекты развития головного мозга

Предпосылки

Появляется все больше данных о том, что воздействия на ранних стадиях развития организма обусловливают формирование стойких нарушений поведения, а поэтому важно понять факторы, которые влияют на развитие мозга в раннем детском возрасте. Например, повышение степени риска, вызванное курением во время беременности, может быть связано с влиянием никотина на развитие головного мозга (Fergusson *et al.*, 1998; Wakschlag *et al.*, 1997). Корреляция такого свойства темперамента, как «недостаточность контроля» в возрасте трех лет, с вероятностью осуждения за насильственные преступления в возрасте 18 лет показывает, что изменение функционирования соответствующих мозговых систем в раннем детском возрасте может влиять на предрасположенность (Henry *et al.*, 1996).

Выявление ранних причин и признаков изменения функций нейронов, которое могло бы способствовать развитию нарушений поведения, требует знаний о развитии этих структур в норме. Появляется все больше данных о том, что в детском и подростковом возрасте головной мозг является динамически развивающейся структурой, это развитие характеризуется рывками и остановками под влиянием сложного переплетения генетических и социальных воздействий. Влияние биологических или социальных факторов риска зависит от предшествующего уровня уязвимости, согласования процессов во времени, а также от дополнительных воздействий со стороны других факторов риска или защитных факторов. Некоторые результаты влияния на мозговые системы могут быть преходящими, в то время как другие более устойчивы, причем воздействие одних факторов обратимое, а других — более стабильное.

Развитие головного мозга

Центральная нервная система состоит из нейронов и глиальных клеток. Нейроны — это клетки, которые передают информацию в форме электрических импульсов по сво-

им аксонам от одного нейрона к другому в синапсах при посредстве нейротрансмиттеров. Дендриты — это специальные отростки нейронов, которые получают информацию от других нейронов. Большинство нейронов имеют с другими нейронами примерно 1000 контактов каждый, хотя система клеток Пуркинье в мозжечке осуществляет около 150000 контактов через развитую сеть своих дендритов. Глиальные клетки в основном выполняют структурную и питательную функции, они также участвуют в обратном захвате нейротрансмиттеров.

Большинство специальных структур головного мозга, охарактеризованных в предыдущей главе (Martinez & Herbert, глава 4), можно обнаружить в головном мозге человека в период внутриутробного развития. Формирование этих структур сопровождается делением клеток — предшественников нейронов, их миграцией и формированием избирательных контактов. Последние формируются двумя путями: вследствие конкуренции и гибели клеток и посредством «процесса элиминации». Конкуренция и гибель нейронов касаются незрелых нейронов в период раннего пренатального развития (Hamburger & Oppenheim, 1982). Нейриты (предшественники аксонов и дендритов) развиваются в направлении клеток-мишеней, которые выделяют трофические компоненты и способствуют выживанию нейронов. Клетки, которые не выдерживают соперничества за трофические компоненты клеток-мишеней, получают питание от других клеток-мишеней или погибают. Нейриты уцелевших клеток устанавливают синаптические связи с клетками-мишенями. Процесс элиминации происходит в позднем пренатальном периоде и продолжается в постнатальном периоде по мере того, как нейроны активно образуют дендриты и аксоны (Carlson *et al.*, 1988), развивающиеся в направлении других клеток-мишеней; на эти процессы влияет сочетание внутренних и внешних по отношению к нейрону факторов. Формируется больше тех синапсов, которые сохраняются и в зрелом головном мозге, а укрепление или удаление синапсов в процессе развития связано с уровнем их активности. Предполагается, что избирательная гибель синапсов способствует совершенствованию структуры развивающегося мозга. У людей этот процесс продолжается на протяжении детского возраста. Например, в лобной коре плотность синапсов достигает пика в раннем постнатальном периоде и затем снижается до возраста 16 лет (Huttenlocher, 1979).

Взаимозависимость между развитием головного мозга и внешними воздействиями

Похоже, что в некоторых структурах головного мозга образование и гибель синапсов не подвержены влиянию внешних стимулов, в то время как для других структур эти стимулы очень важны. При взаимодействии между генетически запрограммированным развитием синапсов и влиянием условий жизни создается основа для пластичности и совершенствования нервной системы. Убедительные доказательства влияния внешних факторов на образование синапсов и рост дендритов получены при исследовании системы зрения. В зрительных областях коры сформировавшегося головного мозга есть чередующиеся столбцы клеток, которые связаны преимущественно с одним или с другим глазом и образуются в процессе элиминации дендритов, зависящем от поступления зрительных стимулов. Если один глаз выключается, полосы и столбцы клеток, соответствующие выключенному глазу, становятся уже, а соответствующие второму глазу — шире (Shatz, 1990). Такой процесс происходит только в течение опре-

деленного критического периода жизни. Если поступление зрительных стимулов блокируется после этого периода и если блокада снимается до этого критического периода, такого эффекта не наблюдается. По-видимому, этот механизм широко распространен, в связи с чем «нормальное развитие нервной системы разворачивается как серия распределенных во времени, генетически детерминированных процессов, которые зависят от соответственно распределенных во времени и получаемых средовых стимулов» (Ciaranelo *et al.*, 1995).

Такое взаимодействие на клеточном уровне между генетически запрограммированными по времени процессами и внешними воздействиями отражается на физиологических функциях и поведении. Пример физиологических изменений дают эксперименты на крысах с врожденной артериальной гипертензией (spontaneously hypertensive rats — SHR — линии крыс, у которых гипертензия передается от одного поколения к другому). У детенышей SHR-крыс, воспитываемых нормальными самками, гипертензия не развивается, и если самки SHR-крыс воспитывают детенышей нормальных крыс, у этих детенышей гипертензия также не развивается (Myers *et al.*, 1989). По-видимому, самки SHR-крыс передают генетический риск своему потомству, однако патология проявляется только в случаях, когда на детенышей воздействует поведение SHR-матерей. Аналогичные данные получены в отношении агрессивных форм поведения в серии исследований, проведенных Cairns и коллегами. Путем селекции выведены две линии мышей, в одной из которых отмечался высокий уровень агрессивности, а в другой — выраженная тенденция к замкнутости (Gariepy *et al.*, 1988). У мышей линии с низким уровнем агрессивности была сниженная концентрация дофамина в хвостатом и прилежащем ядрах, которые влияют на эмоциональные реакции, мотивацию и побуждение к действию (см. также Herbert & Martinez, глава 4). Как мы покажем ниже в данной главе, дофаминергические проводящие пути из области вентральной покрышки ствола мозга к прилежащему ядру задействованы в моделях «активирующей системы поведения» (Gray, 1987). Однако в серии экспериментов по изучению социальных контактов у мышей многие особи с низким уровнем агрессивности могли доминировать над особями с высоким уровнем агрессивности, и это сопровождалось повышением активности дофаминергической системы (Gariepy, 1996). Таким образом, несмотря на существенные генетические различия, сопровождающиеся предсказуемыми различиями в уровнях нейротрансмиттеров, выявлен выраженный эффект социального воздействия на паттерны поведения. Неизвестно, насколько это касается людей, однако, учитывая длительный период совершенствования структуры мозга посредством удаления синапсов в процессе развития человека, можно предположить, что подобные процессы могут играть важную роль.

Гендерные различия

Гендерные различия в частоте проявления агрессии и дезорганизованного поведения в норме и при патологии очень выраженные, и это необходимо учитывать при использовании биосоциальной модели расстройства поведения. Нейробиологические различия могут воздействовать непосредственно, повышая степень риска из-за общей уязвимости к физическим либо психологическим стрессорам, или опосредованно из-за особых качеств, которые повышают степень риска в процессе взаимодействия со средовыми факторами.

Различия, касающиеся головного мозга особей мужского и женского пола, определяются действием половых гормонов (андрогенов и эстрогенов) на нейроны и в основном не связаны с генетическими различиями природы нервных клеток. Эти гормоны влияют на процессы деления, миграции и выживания нервных клеток. Морфологические различия, характеризующие мужской или женский пол, отсутствуют до шестой недели внутриутробного развития, когда у мужских зародышей начинается секреция тестостерона. У людей наивысшая концентрация тестостерона достигается между третьим и пятым месяцами внутриутробного развития, а также в первые шесть недель постнатального периода, когда он в несколько раз выше, чем у взрослых мужчин. Как указывают Herbert и Martinez (глава 4), в некоторых отделах лимбической системы, включая передний гипоталамус, медиальную миндалину и перегородку, есть андрогенные рецепторы, и эти структуры головного мозга играют роль в агрессивном поведении. Если существует связь между гендерными различиями в этих структурах, вызываемыми гормонами, и агрессией, они могут осуществляться посредством либо гормонального влияния на те или иные структуры, либо гормональной активации этих структур. Получены данные о том, что работают оба механизма. Особые участки системы мамиллярных тел считаются чувствительными к половым гормонам в течение критических периодов развития до рождения ребенка и в грудном возрасте, что проявляется в относительно стабильных изменениях мозговых структур, которые не зависят от гормональной стимуляции (Todd *et al.*, 1995). Приводились интересные факты, что в пренатальный период тестостерон может обусловливать повышенный риск задержки развития речи у мальчиков, либо воздействуя на развитие нейронов (Geschwind & Galaburda, 1985), либо снижая уровень избирательной гибели нейронов (Galaburda *et al.*, 1987). При наличии связи между задержкой развития речи и нарушениями поведения (Lynam & Henry, глава 9) можно было бы считать, что влияние тестостерона на структуры развивающегося головного мозга обусловливает антисоциальное поведение в детском возрасте. Другие структуры, особенно клетки гипоталамуса у особей женского пола, очень чувствительны к изменению концентрации эстрогенов.

Несмотря на наличие таких механизмов, доказательства влияния андрогенов на агрессию дискуссионные и запутанные. Herbert и Martinez проанализировали современные данные в главе 4 данного тома. Что касается агрессии у подростков, авторы ссылаются на работы Tremblay и соавторов, установивших, что в возрасте 13 лет концентрация тестостерона коррелировала с социальным статусом, но не с агрессивностью (Schaal *et al.*, 1996). К возрасту 16 лет появляются сильные корреляции между агрессивным поведением и концентрацией тестостерона; это свидетельствует о том, что роль тестостерона может меняться в процессе развития (Tremblay *et al.*, 1997). Как замечают Herbert и Martinez, у приматов мужского пола отмечается взаимосвязь между социальной структурой, тестостероном и агрессией, и эта взаимосвязь изменяется с течением времени.

Гендерные различия в степени риска могут обусловливаться общей уязвимостью недостаточно зрелой центральной нервной системы детей и подростков мужского пола к физическим проявлениям агрессии со стороны или к стрессам (Goodman, 1991). Например, как мы увидим далее, отдаленный эффект материнского курения в период беременности на риск антисоциального поведения у их детей больше проявляется у лиц мужского пола, чем женского (Fergusson *et al.*, 1998).

Наряду с тем, что структурные различия головного мозга у особей мужского и женского пола могут непосредственно повышать риск развития нарушений поведения, они

также приводят к гендерным различиям в рамках нормального развития. Это, в свою очередь, вызывает разную реакцию со стороны родителей и воспитателей, и таким образом обусловливает изменение уровня риска через интеракции и трансакции. Например, у обезьян тестостерон усиливает склонность к агрессивным играм (Herbert & Martinez, глава 4), а такое влияние у людей, в сочетании с семейными стрессорами, может повысить вероятность неадекватного или жесткого воспитания, а следовательно, риск формирования оппозиционного или агрессивного поведения.

Психобиологические теории риска

Темперамент

С учетом перечисленных аспектов развития нервной системы рассмотрим несколько конкретных теорий, связанных с развитием антисоциального поведения у детей. Индивидуальные различия в грудном возрасте, которые могут повышать риск развития психической патологии, были осмыслены Thomas и Chess на основе учения о темпераменте. Их новаторский подход при выполнении Нью-Йоркского лонгитудинального исследования (NYLS) позволил получить данные о том, что индивидуальные различия служили предикторами последующей адаптации (Thomas *et al.*, 1968). Обычно одномоментные исследования темперамента и нарушений поведения у детей, основанные на опросах родителей, обнаруживали их взаимосвязь (например, Barron & Earls, 1984; Prior *et al* , 1987). Однако данные этих исследований сложно интерпретировать из-за разнообразия возможных причин, включая вероятность того, что особенности поведенческих нарушений и темперамента будут вмешивающимися факторами друг для друга, так как они оцениваются в одно и то же время. Основное достоинство Нью-Йоркского лонгитудинального исследования состояло в том, что это была попытка предсказать поведенческие проблемы в будущем. Однако Cameron (1978) при повторном анализе данных этого исследования обнаружил, что трудный характер, проявляющийся на первом году жизни, был предиктором только незначительных поведенческих проблем в будущем, и удивительно, что у мальчиков показатели, отражающие менее трудный характер, коррелировали с более выраженными проблемами в последующем. Bates и коллеги (1985) не обнаружили корреляций между проявлениями темперамента, наблюдавшимися в домашних условиях у грудных детей, и поведенческими проблемами в возрасте трех лет (по данным опроса матерей); Amaziadae и коллеги (1989) не выявили корреляций между характеристикой темперамента грудных детей (по оценкам их матерей) и поведенческими проблемами в возрасте четырех лет.

Одна из причин, почему темперамент оказался ненадежным предиктором, может заключаться в том, что характеристики темперамента, определявшиеся Thomas и Chess, включали широкий диапазон имевших много общего качеств, для многих из них обнаружены сильные корреляции (Rothland *et al.*, 1995). В последующих исследованиях была выявлена более ограниченная группа факторов и были предприняты попытки связать их с определенными мозговыми системами. Цель нашей работы — установить процессы, которые (изолированно или в сочетании) приводят к адаптивному или к неадаптивному поведению, и связать эти процессы с анатомией и нейрохимией головно-

го мозга. Мы сосредоточим внимание на активации и торможении поведенческих проявлений, на регулировании внимания и эмоций.

Приближение и торможение

Адекватное регулирование поведения, связанное с приближением к вознаграждающим стимулам и уклонением от приносящих вред стимулов, было основой успешной эволюции большинства живых организмов (Schneirla, 1959). Идея о том, что люди отличаются друг от друга тем, что у них преобладает поведение приближения или торможения, возникла много веков назад, во времена Гиппократа и Галена (Windle, 1995). Современные определения системы аппетитивного поведения (влечения) / приближения, которая активизирует поведение приближения к стимулам, являющимся предикторами приятных событий, включают такие термины, как система активации поведения (Gray, 1987), система фасилитации поведения (Depue и Iacono, 1989), система ожидания вознаграждения (Panksepp, 1992) и система поиска новизны (Cloninger, 1986). Depue и Iacono также высказали предположение, что эта система вызывает раздражительную агрессию, если цели недостижимы. Мозговые структуры, связанные с этими процессами, по мнению исследователей, включают некоторые отделы базолатеральной миндалины, реагирующие на поступающие импульсы, связанные с вознаграждением, активируя дофаминергические нейроны вентральной области покрышки ствола мозга, которые в свою очередь передают импульсы в прилежащее ядро, где они способствуют регулированию поведения приближения. Относительно стойкие индивидуальные различия в стремлении приближаться к объектам становятся очевидными уже в возрасте около шести месяцев (Rothbart, 1988).

Gray (1987) высказал предположение, что система торможения поведения обеспечивает реагирование на сигналы, которые предсказывают наказание или угрозу; к таким реакциям относятся торможение двигательной активности, повышение уровня бодрствования и концентрация внимания на соответствующей информации, поступающей извне. Эта идея очень напоминает концепцию избегания вреда Cloninger (Cloninger, 1986). Считается, что проводящие пути этой системы включают гиппокамп и латеральное ядро миндалины, обе эти структуры участвуют в оценке стимулов, вызывающих страх (Davis, 1992; Le Doux, 1995, 1996; Herbert & Martinez, глава 4 и рис. 4.2). Затем импульсы поступают в ствол мозга, вся система участвует в регулировании поведения испуга, которое включает застывание в одной позе, мимические и голосовые проявления, а также учащение сердечных сокращений. Дополнительный поток импульсов поступает в ретикулярную формацию и кору головного мозга, где осуществляется регулирование внимания. В работе системы торможения поведения участвуют норадренергические и серотонинергические образования (Rogeness & McClure, 1996). Индивидуальные различия в торможении проявлений поведения, связанного со страхом, возникают в конце первого года жизни, и такое поведение остается стабильным в возрасте от двух до восьми лет (Kagan *et al.*, 1988).

Cloninger (1986) выделил третью мотивационную систему, которую назвал «зависимость от вознаграждения». Этим термином автор обозначал степень мотивации индивида на получение вознаграждения, которое включает социальные взаимодействия и одобрение окружающих. Cloninger высказал предположение, что зависимость от вознаграждения связана с функционированием норадренергической системы.

Внимание

Система внимания является важнейшим элементом реагирования на приятные или неприятные стимулы. Правильная оценка стимула требует адекватного функционирования внимания, а длительное внимание к стимулу может приводить к переоценке его значимости или к игнорированию информации, поступающей из других важных источников. Получены данные свидетельствующие о том, что задняя система внимания, включающая верхние холмики среднего мозга, таламус и теменные доли, ответственна за концентрацию внимания на определенных аспектах окружения (Derryberry & Rothbart, 1997). Здесь можно использовать аналогию с приближающим объективом фотокамеры. Если внимание ограничено определенным участком поля зрения, можно увидеть мелкие детали, однако при этом теряется общая картина. В случае нарушения эффективного функционирования этой системы невозможно оценить стимулы достаточно детально или происходит переоценка значимости некоторых стимулов за счет других. Оба этих варианта могут привести к неправильной оценке потенциально вознаграждающих или угрожающих стимулов (Posner & Raichle, 1994). Если, по данным исследований, задняя система внимания работает бессознательно, то передняя система внимания, связанная с передними участками поясной коры (см. рис. 4.2), предположительно влияет на сознательный «требующий усилий контроль» поведения. Derryberry и Rothbart использовали тест способности применять приемы торможения реакции как показатель работы этой системы внимания у детей в возрасте 27 и 36 месяцев. Детей, успешно справлявшихся с этим заданием, их родители характеризовали как более способных к переключению и концентрации внимания, как менее импульсивных и менее склонных к реакциям фрустрации (Gerardi *et al.*, 1996).

Возможные связи с нарушениями поведения

Роль этих систем мотивации и внимания в генезе нарушений поведения несомненно является во многих отношениях гипотетической. Однако общие принципы позволяют установить связь с темами, обсуждаемыми в других главах данной книги. Derryberry и Rothbart (1997) высказали предположение, что существует взаимодействие между мозговыми системами, которые упоминались в предыдущих разделах и в основном включают лимбическую систему и ствол мозга (рис. 2 и 3 из указанного источника), структурами коры мозга и окружением. Корковые процессы — это восприятие и когнитивные функции — обеспечивают представление физической и социальной реальности для подкорковых систем мотивации. Эти представления также отражают отношения субъекта с другими людьми. В свою очередь, на эти представления влияют влечения и потребность в защите. При наличии благоприятного окружения с надежной поддержкой качество информации, предоставляемой корковыми структурами, повышается с возрастом, это приводит к все более эффективному регулированию мотивационных систем. Например, у ребенка, обладающего сильной системой влечения / приближения, скорее всего, сформируется хорошо социализированная личность при условии, что организуются процессы дополнительного торможения по отношению к неадекватному приближению. Это зависит не только от активации систем поведения, но и от образования представительских связей между наказанием и теми аспектами

окружения, приближение к которым неадекватное, эти процессы, скорее всего, обусловливают эффективное научение.

С другой стороны, сочетание угрожающих или дезориентирующих внешних факторов может способствовать неправильной переработке информации и чрезмерной активации или истощению системы мотивации, что приводит к эмоциональным или поведенческим расстройствам. Например, при непоследовательном воспитании невозможно возникновение ассоциаций между сдерживанием поведения поиска вознаграждения и объектами, которые не принадлежат ребенку, и поэтому возрастает риск совершения кражи. В свою очередь, относительная сила поведения поиска вознаграждения и системы торможения поведенческих проявлений может также влиять на то, как ребенок представляет себе ситуацию, и на его способность предвидеть различные варианты последствий. «Если представления ребенка ставят на первое место вознаграждение, а не наказание, легко предвидеть благоприятные последствия поведения приближения, но труднее — его возможные отрицательные последствия» (Derryberry & Rothbart, 1997).

Взаимосвязь между системой мотивации и агрессией сложная, поскольку, как подчеркивают Herbert и Martinez (глава 4), «агрессия, в отличие от других форм поведения, не имеет биологически функциональной цели в условиях изоляции». Gray (1987) считал, что хищническая или инструментальная агрессия — это функция аппетитивной системы. Возникает вопрос, почему эмоции, например гнев, должны быть связаны с системой мотивации, которая ориентирована на стимулы, являющиеся предикторами благоприятных событий. Один из вариантов объяснения заключается в том, что, если не удовлетворяется сильная мотивация приближения, это приводит к дистрессу, проявляющемуся фрустрацией и гневом. Такая возможность подтверждается данными, что агрессия у детей в возрасте шести–семи лет коррелирует как с активностью и улыбчивостью, так и с гневом / фрустрацией, проявлявшимися в грудном возрасте (Rothbart *et al.*, 1994). Кроме того, агрессивные формы поведения могут быть следствием недостаточности системы торможения для контроля агрессии (Quay, 1993), и это подтверждается данными, которые анализируются ниже в данной главе.

Учет роли внимания позволяет сделать выводы в отношении взаимовлияния представлений о внешнем мире и системе мотивации. Реакция на высокий и постоянный уровень угрозы может играть важную роль в развитии нарушений поведения у некоторых детей. Pettit и соавторы (глава 11) проанализировали данные о том, что дети, подвергавшиеся физическому насилию, чаще воспринимают повседневную жизнь как угрожающую, в отличие от детей, не подвергавшихся насилию. Следовательно, для ребенка угрожающие аспекты окружения имеют большое значение, и поэтому ему трудно переместить фокус внимания на другие аспекты окружения при использовании как задней, так и передней систем внимания. При этом ребенок часто не может сопоставить внешние источники поддержки и безопасности и представления о себе в связи с успехом и эффективностью, что приводит к перегрузке системы торможения поведения, как следствие, развивается замкнутость или тревога. С другой стороны, ребенок может использовать стратегию избегания, переключая внимание с угрожающей ситуации, но не прибегая к источникам поддержки извне и к стратегии преодоления. Это может снизить уровень страха, оставляя аппетитивную / агрессивную систему активированной, что приводит к агрессивному реагированию на реальные или воспринимаемые угрозы.

Лобная кора

Herbert и Martinez (глава 4) упоминают о тесной связи между лобной долей, миндалиной и гипоталамусом и об их роли в контроле над агрессией. Если смотреть более широко, множество функций (включая устойчивость внимания, формирование целей, предвидение и планирование, самоконтроль и самосознание), часто называемых «исполнительными функциями», осуществляются лобными долями в их взаимосвязи с лимбическими структурами (Stuss & Benson, 1986). Lynam и Henry (глава 9) проанализировали данные о специфических нарушениях функционирования лобных долей, связанных с нарушениями поведения. Здесь мы кратко охарактеризуем роль лобных долей в регулировании эмоций и проявлений темперамента. Fox и соавторы (Fox *et al.*, 1996) высказали предположение, что сочетание реакции на новизну и проявлений отрицательных эмоций свидетельствует о риске возникновения впоследствии у детей экстернализованных нарушений поведения. Авторы считают, что некоторые участки правой лобной доли играют роль в проявлении отрицательных эмоций, а левой лобной доли — положительных. Эти выводы основываются на данных исследований локальных поражений головного мозга, аффективных реакций пациентов при растормаживании с применением амитал-натрия и электрической активности головного мозга в клинических популяциях. В поддержку этой гипотезы Fox и коллеги (1995) обнаружили, что у четырехлетних детей с преобладанием на ЭЭГ покоя электрической активности правой лобной доли чаще проявлялись застенчивость и тревога в играх со сверстниками по сравнению с детьми с преобладанием на ЭЭГ электрической активности левой лобной доли. Связь этих фактов с серьезными нарушениями поведения пока не установлена, однако в группе низкого риска эти же исследователи (1996) обнаружили, что экстернализованные нарушения поведения можно предсказать, если наблюдается сочетание высокого уровня коммуникабельности и более высокой активности правой лобной доли (по данным ЭЭГ), тогда как показатели экстернализованных форм поведения не повышались в группах испытуемых с преобладанием электрической активности правой лобной доли, но при отсутствии высокой коммуникабельности, а также у детей с высокой коммуникабельностью, но с преобладанием электрической активности левой лобной доли.

Нейротрансмиттеры

Предпосылки

Вызывает интерес возможность того, что изменение уровней нейротрансмиттеров обусловливает такие психические расстройства, как депрессию и гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ). Как указывают Herbert и Martinez (глава 4), нейротрансмиттеры в головном мозге выполняют много разнообразных и пересекающихся функций, и часто их концентрации являются приблизительным показателем активности. Взаимозависимость нейротрансмиттерных систем показывает, что их соотношение, как и абсолютные концентрации нейротрансмиттеров, могут играть важную роль в регулировании и в проявлениях поведения. Тем не менее исследование функций нейротрансмиттеров имеет значение для понимания мозговых систем и отношений

между развивающимся ребенком и окружением. В данной главе мы сосредоточим внимание на биогенных аминах — дофамине, норадреналине и серотонине. Gray утверждал, что активирующая поведенческая система связана с дофамином, а система торможения поведения — с норадреналином и серотонином. Cloninger предложил похожую модель, основанную на том, что поиск новизны связан с дофамином, зависимость от вознаграждения — с норадреналином, а избегание вреда — с серотонином. Существенное генетическое влияние на системы всех трех моноаминов показано в исследованиях на обезьянах и на людях (Clarke *et al.*, 1995; Highley *et al.*, 1993; Oxenstierna *et al.*, 1986). Существуют также убедительные доказательства зависимости функционирования нейротрансмиттеров от окружающей среды.

Моноамины, развитие и средовые воздействия

Паттерны возрастных изменений систем норадреналина (НА), дофамина (ДА) и серотонина (5-НТ) отличаются друг от друга. Концентрации метаболитов дофамина с возрастом снижаются, а плотность дофаминовых рецепторов (D_1 и D_2) повышается от момента рождения до двухлетнего возраста, а затем снижается на протяжении детского возраста (Rogeness & McClure, 1996; Seeman *et al.*, 1987). В отличие от этого концентрация фермента дофамин-β-гидроксилазы, который участвует в превращении дофамина в норадреналин, возрастает от момента рождения до приблизительно семилетнего возраста, когда она достигает «взрослой» концентрации (Weinshilboum, 1983). Из этого можно сделать вывод, что это повышение концентрации норадреналина, связанное с концентрацией дофамина, может свидетельствовать о повышении роли торможения поведенческих реакций в сравнении с их активацией и, следовательно, о более высоком уровне контроля поведения в процессе развития ребенка.

Обнаружено явно выраженное влияние ранней социальной и материнской депривации на развитие систем биогенных аминов головного мозга у крыс и обезьян (Kraemer *et al.*, 1991). Исследования на крысах показали, что стрессовые воздействия во время беременности всегда влияют на поведение потомства, это коррелирует с изменением концентрации дофамина (Fride & Weinstock, 1988). Schneider и коллеги (1998) сравнили поведенческие реакции и концентрацию биогенных аминов в спинномозговой жидкости после социальной изоляции в возрасте восьми месяцев у обезьян, рожденных как от беременностей, протекавших со стрессами, так и от нормальных беременностей. После беременностей, сопровождавшихся стрессами, проявлялись различия в поведении в группе, а также различия в концентрации метаболитов моноаминов в спинномозговой жидкости. Как мы указывали, генетически детерминированная концентрация дофамина у мышей с низкой агрессивностью изменяется после социального воздействия. У обезьян материнская депривация коррелирует с изменением активности норадреналина и с изменением соотношения концентраций разных нейротрансмиттеров. Исследования, проведенные Kraemer и коллегами, показали, что это влияние может быть стойкими и зависеть от стресса. Они сравнивали обезьян, которые были отлучены от матерей в грудном возрасте, с обезьянами, воспитывавшимися в нормальных социальных условиях. К возрасту 36 месяцев не было выявлено различий в поведении и в показателях концентрации метаболитов нейротрансмиттеров в спинномозговой жидкости. Однако после введения *d*-амфетамина у отлученных от матерей обезьян обнаруживались более выраженные реакции цепляния, подчинения и агрессии, а также более высокие концентрации

норадреналина в спинномозговой жидкости (Kraemer *et al.*, 1984). Kraemer и коллеги пришли к выводу, что после депривации норадренергическая система, очевидно, развивается, но остается уязвимой к стрессовым факторам.

Возможные взаимосвязи с нарушениями поведения

Rogeness и коллеги (Rogeness & McClure, 1996) получили некоторые данные, что среди детей, направленных на лечение к психиатру, концентрации дофамин-β-гидроксилазы (индикатор синтеза норадреналина) были ниже у тех из них, кто получал недостаточно заботы со стороны окружающих. Низкая концентрация дофамин-β-гидроксилазы также коррелировал с расстройством поведения. Эти факты подтверждаются другими данными о связи между расстройством поведения и низкой концентрацией дофамин-β-гидроксилазы (Bowden *et al.*, 1988) и могут служить доказательством неэффективности системы торможения поведения, связанной с влиянием детей на функционирование норадренергической системы. Хотя такое предположение вызывает интерес, оно противоречит многим проанализированным Herbert и Martinez (глава 4) данным о том, что агрессия связана с повышением активности норадренергической системы. Существует, по меньшей мере, два основных различия между этими противоречивыми данными. Исследования, подтверждающие связь между повышенной концентрацией норадреналина при агрессии, обычно проводились на взрослых и предусматривали определение концентрации метаболитов норадреналина в центральной нервной системе, а также использование препаратов, которые изменяют действие норадреналина. В отличие от этого исследования, в которых обнаружены корреляции между снижением уровня норадреналина и агрессией, обычно проводились на детях и предусматривали определение концентрации метаболитов норадреналина в крови. Кроме того, во многих исследованиях, включавших как взрослых, так и детей, не удалось выявить такие корреляции (Berman *et al.*, 1997).

Это же относится и к роли серотонина в развитии нарушений поведения. Herbert и Martinez (глава 4) собрали имеющиеся в литературе данные о том, что снижение концентрации серотонина коррелирует с повышенной импульсивностью и агрессивностью. Отдельные данные, касающиеся детей, подтверждают эту точку зрения. Kruesi и коллеги (1990) обнаружили, что у детей с проявлениями агрессивного поведения концентрация метаболита серотонина (5-ГИУК) в спинномозговой жидкости находилась в обратной зависимости от уровня агрессивного поведения, а низкая концентрация 5-ГИУК, по данным двухлетнего катамнестического исследования, была предиктором агрессивного поведения (Kruesi *et al.*, 1992).

При исследовании младших братьев правонарушителей Pine и коллеги (1997) обнаружили корреляции между агрессивным и оппозиционным поведением и повышением концентрации серотонина, который оценивался путем определения изменения секреции пролактина при введении фенфлурамина гидрохлорида. Фенфлурамин усиливает высвобождение серотонина в синапсах и уменьшает его обратный захват, в результате этого повышается концентрация серотонина в синапсах, а следовательно, стимулируется увеличение секреции пролактина. Эти результаты несколько различались в зависимости от того, какой коэффициент пролактиновой реакции на фенфлурамин использовали исследователи, однако получены совпадающие данные о том, что агрессия коррелирует с повышением концентрации серотонина, определяемой по реакции про-

лактина. Усиление секреции пролактина отмечалось при оппозиционно-вызывающем расстройстве или расстройстве поведения (по классификации DSM), но не при гиперактивном расстройстве с дефицитом внимания, хотя из-за небольшого количества проведенных наблюдений невозможно сделать более убедительные выводы. Повышение активности серотонинергической системы независимо коррелировало также с недостаточной материнской заботой. Halperin и коллеги (1994) также обнаружили усиление реакции пролактина у 10 агрессивных мальчиков, страдавших ГРДВ, по сравнению с 14 мальчиками с ГРДВ без проявлений агрессии. Castellanos и коллеги (1994) обнаружили, что концентрация 5-ГИУК в спинномозговой жидкости находилась в прямой зависимости от уровня агрессивности у 29 мальчиков, страдавших ГРДВ.

В лонгитудинальном исследовании выборки из общей популяции Moffitt и коллеги (1997) показали, что проявления насилия у мужчин в возрасте 21 года независимо коррелировали с высокой концентрацией серотонина в цельной крови. Концентрация серотонина в цельной крови является косвенным показателем активности серотонинергической системы в головном мозге, и существуют достаточно подтвержденные данные о том, что высокая концентрация в крови соответствует низкому уровню высвобождения серотонина в структурах головного мозга. По данным упомянутого исследования, склонность к насилию также коррелировала с показателями семейных конфликтов, но эти корреляции не включали концентрацию серотонина. Однако отмечено взаимодействие, при котором высокую концентрацию серотонина (отражающий низкую активность серотонинергической системы ЦНС) и семейные конфликты, взятые вместе, коррелировали с возрастанием риска насильственных действий. В свою очередь, проявления насилия в возрасте 18 лет можно было предвидеть на основании такой характеристики темперамента, как «недостаточность контроля» в трехлетнем возрасте (Henry *et al.*, 1996, также см. ниже в данной главе).

Таким образом, данные, полученные в исследованиях детей, противоречивы, и те, которые подтвердили повышение активности серотонинергической системы в детском возрасте, противоречат данным многих исследований на взрослых о том, что агрессия коррелирует с низкой концентрацией серотонина в головном мозге. Это может быть результатом изменений в процессе развития или отражает разные подходы к оценке функционирования серотонинергической системы. Важно также помнить, что, как подчеркивают Herbert и Martinez (глава 4), существует, как минимум, дюжина серотониновых рецепторов и они могут по-разному участвовать в формировании агрессии. Могут также иметь значение коморбидные расстройства, такие как ГРДВ и депрессия, разные варианты процесса развития и неучтенные аспекты средовых стрессоров — все это требует продолжения научных исследований.

Прогнозирование антисоциального поведения на основе гипотетической биосоциальной системы

Частота сердечных сокращений

По данным большинства исследований, низкая частота пульса в покое коррелирует с антисоциальным поведением (Raine, 1993). Farrington (1997) контролировал частоту

сердечных сокращений у индивидов восемнадцатилетнего возраста в ходе Кембриджского исследования делинквентного развития — проспективного лонгитудинального исследования динамики антисоциального поведения, которое включало 411 лиц мужского пола в возрасте от восьми лет. Исследование проводилось в Лондоне (Великобритания). Обнаружено, что низкая частота сердечных сокращений коррелировала с предшествующими и последующими случаями привлечения к ответственности в связи с насильственными действиями. При анализе результатов использовалась статистическая коррекция в отношении других переменных. Raine сообщал, что корреляции оказались более выраженными для мальчиков, воспитание которых не было связано с неблагоприятными социальными факторами (Raine *et al.*, 1997). По мнению авторов, это свидетельствует о большей роли биологического компонента в риске антисоциального поведения в случаях, когда психосоциальные стрессоры практически не влияют на уровень такого риска. Однако Farrington обнаружил противоположную направленность взаимодействий, т. е. сочетание низкой частоты сердечных сокращений и психосоциальных факторов риска, в частности большого размера семьи и плохих отношений с родителями, диспропорционально повышает риск насильственных действий. Природа связи между низкой частотой сердечных сокращений и антисоциальным поведением остается невыясненной. Возможно, низкая частота сердечных сокращений отражает низкую активность автономной нервной системы, что проявляется в менее эффективном торможении агрессивных и антисоциальных форм поведения. Она может также отражать привыкание к мерам социального контроля и наказания в связи с многочисленными антисоциальными действиями с раннего детского возраста. «Задача будущих исследований — чаще оценивать частоту сердечных сокращений в сопоставлении с насильственным поведением для того, чтобы охарактеризовать изменения и последствия для развития ребенка и точно объяснить, почему частота сердечных сокращений ассоциируется с насилием» (Farrington, 1997).

Темперамент

Как мы указывали, данные о взаимосвязи между темпераментом (в соответствии с определением Thomas и Chess) и развитием расстройства поведения противоречивы. Исследования по изучению темперамента включали более точное определение этого понятия и его связи с другими биологическими системами. Мы до сих пор не знаем, может ли оценка темперамента грудных детей, основанная на этих более определенных гипотетических мозговых механизмах, быть предиктором существенных нарушений поведения в последующем. Однако многообещающими являются лонгитудинальные исследования, основанные на широком диапазоне показателей, изучаемых с раннего детского возраста.

Henry и коллеги (1996) показали что довольно часто рано проявляющиеся нарушения поведения сохраняются до юношеского возраста. Авторы использовали данные мультидисциплинарного исследования здоровья и развития когорты испытуемых, родившихся между 1 апреля 1972 года и 31 марта 1973 года. Повторные измерения комплекса психологических, медицинских и социологических показателей позволили определить прогноз на основании ряда факторов риска (после внесения статистической поправки на другие факторы). Показатели многих признаков темперамента были полу-

чены в возрасте трех и пяти лет и послужили основанием для показателя «недостаточности контроля», который отражал неспособность регулировать импульсивные проявления, нестабильность в решении проблем и в реагировании на стресс и на сложные ситуации, что выражалось в поступках с негативно окрашенным аффективным напряжением (Henry *et al.*, 1996). Наряду с тем, что это определение не является таким узким, как рассматриваемые ранее, оно включает трудности торможения неадекватных реакций и отрицательных эмоций. У испытуемых мужского пола вероятность привлечения к ответственности за насильственные действия к возрасту 18 лет, по сравнению с не совершавшими правонарушений в последующем, можно было предсказать исходя из недостаточности контроля и из количества случаев изменения воспитывающих родителей до возраста 13 лет. Между этими двумя факторами выявлены статистические корреляции, означающие, что такое сочетание повышало риск больше, чем можно было ожидать, складывая степени каждого из рисков. Однако в группе испытуемых, привлеченных к ответственности, насильственные действия в возрасте 18 лет можно было прогнозировать только по недостаточности контроля. Raine и коллеги (1998) обнаружили корреляцию между отсутствием чувства страха и стремлением к поиску новизны в возрасте трех лет и агрессивным поведением в возрасте 11 лет. Выборка этого исследования включала всех детей, родившихся 1969 году в двух городах Маврикии. Оценки стремления к поиску новизны и отсутствия чувства страха проводились в условиях лаборатории в возрасте трех лет, а модифицированные шкалы агрессии и неагрессивных форм антисоциального поведения из Контрольного перечня вопросов для оценки поведения детей использовались в возрасте 11 лет. При сравнении детей, показатели которых находились в пределах одного стандартного отклонения от средних по каждой из шкал в возрасте 11 лет, в группе агрессивных детей был выявлен более высокий уровень отсутствия чувства страха и стремления к поиску новизны в возрасте трех лет. В этом исследовании не контролировались психосоциальные факторы окружения (кроме социально-экономического статуса), которые могли коррелировать либо с отсутствием чувства страха и поиском новизны, либо с агрессией в возрасте 11 лет.

Kerr и коллеги (1997) изучали роль торможения поведенческих проявлений, основываясь на признаках тревоги у детей, сравнивали это с избегающим поведением или уклонением от социальных контактов без проявлений тревоги. Данные касались испытуемых из Монреальского лонгитудинального экспериментального исследования, выборка которого состояла из мальчиков из семей с низким социально-экономическим статусом, дети наблюдались начиная с детского сада. В возрасте 10–12 лет использовался метод оценки сверстниками в группе для определения уровня замкнутости и сдерживания агрессии. Было сформировано четыре группы детей с дезорганизованным поведением в зависимости от того, проявлялись ли у них торможение и избегающее поведение, каждая из этих характеристик в отдельности или ни одна из них. В двух группах детей с дезорганизованным поведением, у которых отсутствовали признаки торможения (в одной из них отмечались признаки избегающего поведения), повышалась частота делинквентного поведения в возрасте 13–15 лет, а две группы с проявлениями торможения не характеризовались повышенным риском нарушений поведения. Эти данные отчасти поддерживают разграничение Cloninger между избеганием вреда (тревожное сдерживание) и зависимостью от вознаграждения (реагирование на социальное поощрение).

Антенатальный и перинатальный периоды

Аспекты воздействия окружающей среды на развитие головного мозга свидетельствуют о потенциальных возможностях как в отношении уязвимости, так и в отношении пластичности. В данном разделе мы рассматриваем влияние акушерских осложнений и курения матери в период беременности. Moffitt (1993) считал, что осложнения в родах могут способствовать развитию нейропсихических нарушений, связанных с поведенческими расстройствами. Недавно опубликованное сообщение по материалам двух обширных популяционных исследований подтверждает эту точку зрения. Allen и коллеги (1998), изучив репрезентативную выборку из 579 подростков в штате Орегон (США) на наличие психических расстройств, включая расстройства с дезорганизованным поведением, получили ретроспективную информацию от их матерей о беременности и родах. После внесения статистической поправки на семейные отношения на момент обследования, а также на другие пренатальные и перинатальные факторы, такие как курение матери и преждевременные роды, установлено, что акушерские осложнения коррелировали с риском развития агрессивного поведения. Raine и коллеги (1997) обследовали 4269 испытуемых — всех мужчин, родившихся в Копенгагене (Дания) между сентябрем 1959 года и декабрем 1961 года, и изучили документацию о зарегистрированных преступлениях, совершенных испытуемыми до 34-летнего возраста. Стандартизованная оценка осложнений проводилась на момент родов, а показателей отвержения матерью, психического заболевания матери и социально-экономического статуса семьи — через год после родов. Предикторами осуждения за насильственные действия были сочетание акушерских осложнений и отвержения матерью, но не каждый из этих факторов в отдельности. Неудовлетворительные социальные условия были независимым предиктором и не коррелировали ни с акушерскими осложнениями, ни с отвержением матерью. Сочетание акушерских осложнений и отвержения матерью оказывало разное влияние в группах насильственных и ненасильственных правонарушений. Кроме того, такое сочетания было предиктором наиболее тяжких насильственных преступлений — грабежей, изнасилований и убийств (в отличие от других испытуемых) — и коррелировало с насильственными правонарушениями, совершенными до 18-летнего возраста.

Эти данные могут служить подтверждением биосоциальной модели уязвимости, частично обусловленной перинатальными осложнениями. Возможно также, что акушерские осложнения являются коррелятами других причинных факторов, которые не изучались. Это особенно важно по отношению к антенатальным и перинатальным факторам, которые представляют собой группу взаимосвязанных факторов риска. Акушерские осложнения, по данным исследований, ассоциируются с юным возрастом матери, недостаточным уровнем медицинской помощи беременным, с неблагоприятными социально-экономическими условиями, с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ в период беременности, а также с курением матери (Frazer *et al.*, 1995; Seamark & Gray, 1998) — все это факторы риска антисоциального поведения детей в будущем. Эти факторы риска могут ассоциироваться с последующими факторами риска, такими как враждебное отношение к детям или непоследовательное воспитание, что в свою очередь повышает вероятность агрессивных проявлений.

Данные исследования состояния здоровья и развития, проведенного в городе Christchurch (Новая Зеландия), показывают, что курение матерей во время беременности повышает риск развития нарушений поведения у их детей в подростковом возрасте

(Fergusson *et al.*, 1998). Испытуемые, родившиеся в середине 1977 года в городе Christchurch, были обследованы при рождении, в возрасте четырех месяцев, а затем с интервалами в один год до возраста 16 лет и еще раз в 18-летнем возрасте. Предикторы развития в возрасте 18 лет симптоматики психических расстройств (в соответствии с DSM–IV) были изучены после внесения статистической поправки на такие факторы, как образование и возраст матери, желательность беременности, употребление матерью алкоголя и других психоактивных веществ в период беременности, методы воспитания и сексуальное насилие над детьми, выявленные к возрасту детей 18 лет. Курение матери в период беременности оказалось независимым предиктором нарушений поведения у мальчиков, наряду с криминальным поведением родителей, применением физических наказаний и сексуальным насилием над детьми. Курение матери не было предиктором депрессивных или тревожных расстройств, и здесь существенную роль сыграла половая принадлежность — это воздействие оказалось значительно сильнее для лиц мужского пола по сравнению с лицами женского пола. Однако этот прогноз сохранялся только для среднего количества симптомов нарушений поведения (в соответствии с классификацией DSM), а не для диагноза «расстройство поведения» (в соответствии с классификацией DSM). Wakschlag и коллеги (1997) также обнаружили, что фактором риска развития клинически выраженного расстройства поведения у мальчиков было курение матери в период беременности. Авторы сравнили состояние направленных к психиатру детей, у которых при обследовании через шесть лет было диагностировано расстройство поведения, и тех, у кого такое заболевание не выявлено. Курение матери и другие факторы в период беременности оценивались в ходе интервью с матерями при направлении к психиатру, когда дети были в возрасте 7–12 лет. После внесения статистической поправки на социально-экономический статус, пренатальные и перинатальные факторы, психическое расстройство у родителей, факторы риска, связанные с семьей и воспитанием, установлено, что выкуривание более половины пачки сигарет ежедневно в период беременности было независимым предиктором развития расстройства поведения. Возраст матери, воспитание по типу гипоопеки и жесткие требования дисциплины также независимо коррелировали с развитием расстройства поведения.

Перинатальные осложнения и курение матери в период беременности могут оказывать одинаковое влияние на новорожденного, например, снижая уровень кислорода в головном мозге. Эксперименты с курением, проведенные на животных, также показали его влияние на центральные и периферические отделы норадренергической системы, на обратный захват серотонина и на дофаминергическую систему, вероятно, в связи с воздействием никотина. Другими словами, установлено, что все системы моноаминовых нейротрансмиттеров, которые влияют на регулирование деятельности и эмоций, уязвимы к действию курения матерей в период беременности. Хотя проанализированные исследования не предоставляют убедительных доказательств, взаимовлияние факторов, дополнительные эффекты биологических и психосоциальных влияний были очевидными.

Выводы

В заключение необходимо еще раз призвать быть осторожными в оценках. Мозговые структуры и нейротрансмиттеры участвуют в выполнении многих взаимосвязан-

ных и антагонистичных функций, что, очевидно, отражает генетические и средовые влияния, которые изменяются в процессе развития организма. Даже в тех случаях, когда корреляции непротиворечивые, часто необходимо рассматривать многие причинные факторы (см. Lynam & Henry, глава 9). Например, если бы можно было предоставить убедительные доказательства взаимосвязи между концентрацией серотонина и агрессией, а также его роли как этиологического фактора, потребовалось бы выявить предшествующие агрессии изменения функционирования серотонинергической системы и специфичность этой взаимосвязи. Кроме того, важно выявить механизмы этих процессов. Они могут включать прямое воздействие нейротрансмиттеров (а) на агрессию, (б) на другие аффективные или поведенческие системы, (в) на аспекты поведения, которые усиливают отвращение как реакцию на факторы окружающей среды, (г) на повышение уязвимости в отношении конкретных воздействий. Необходимо исследовать возможный вариант «третьей переменной». Например, исследования на человекообразных обезьянах показали, что нарушения отношений «родитель–ребенок» могут вызвать нарушения поведения у детенышей, а также изменение центральных механизмов серотонинергической системы. Пока роль серотонина в качестве посредника рассматривается как гипотеза, существуют также механизмы, включающие процессы научения, которые происходят без участия серотонина. Корреляции между особенностями воспитания и активностью серотонинергической системы не подтверждают причинных связей. В экспериментах на животных показано, что врожденная недостаточность моноаминоксидазы вызывает наследственную патологию обмена серотонина и приступы агрессии (Brunner *et al.*, 1993), что может сказываться в недостатках родительского воспитания и агрессивности у детей.

Несмотря на это изучение биологических основ агрессивного и дезорганизованного поведения может быть многообещающим и важным в разных аспектах. С одной стороны, это открывает возможность для простого объяснения сущности расстройств. С другой стороны, выявляя сложность взаимосвязи между биологическими и социальными факторами, этот подход открывает возможности для истинной интеграции понимания этих факторов в рамках процессов развития. В настоящее время процесс напоминает создание эскиза карты, в ходе которого конкретные элементы ландшафта добавляются к изображению, в свою очередь, внимательное изучение этой карты будет приводить к поискам остальных деталей ландшафта.

ЛИТЕРАТУРА

Alien, N.B., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology, 10,* 513–29

Amaziadae, M., Cote, R., Bernier, H., Bout, I.N.P. & Thiverge, J. (1989). Significance of extreme temperament in infancy for clinical status in preschool years. 1: Value of extreme temperament at 4–8 months for predicting diagnosis at 4.7 years. *British Journal of Psychiatry, 154,* 535–43.

Barron, A.P. & Earls, F. (1984) The relation of temperament and social factors to behaviour problems in three year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25,* 23–33

Bates, J.E., Maslin, C.A. & Franke, K.A. (1985). Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behaviour problem ratings at age 3 years. In I. Bretherton and E. Waters (Eds.), *Growing Points in Attachment Theory and Research* (pp. 167–93). Society for Research in Child Development Monographs, Serial number 209.

Berman, M.E., Karoussi, R.J. & Coccaro, E.F. (1997). Neurotransmitter correlates of human aggression. In D.M. Stoff, J Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behaviour* (pp. 305–13). New York: John Wiley & Sons.

Bolton, D. & HillJ. (1996). *Mind, Meaning and Mental Disorder· The Nature of Causal Explanations Psychology and Psychiatry.* Oxford: Oxford University Press.

Bowden, C.L., Deutsch, C.K. & Swanson, J.M. (1988). Plasma dopamine-β-hydroxylase and platelet monoamine oxidase in attention deficit disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 171–4.

Brunner, H.G., Nelen, M., Breakefield, X.O , Ropers, H.H. &: van Oost, B.A. (1993). Abnormal behaviour associated with a point mutation in the structural gene for monoamine A. *Science, 262,* 578–80.

Cameron, J.R. (1978). Parental treatment, children's treatment and the risk of childhood behavioural problems: 2. Initial temperament, parental attitudes, and the incidence and form of behavioural problems. *American Journal of Orthopsychiatry, 48,* 140–7

Carlson, M., Earls, F. & Todd, R.D. (1988). The importance of regressive changes in the development of the nervous system: towards a neurobiological theory of child development. *Psychiatric Developments* 1, 1–22.

Caspi, A. and Moffitt, T.E. (1995). The continuity of maladaptive behaviour: from description to understanding in the study of antisocial behaviour. In D. Cicchetti & DJ. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology,* Vol. 2. New York: John Wiley & Sons.

Castellanos, J., Elia, J., Kruesi, M.I. *et al.* (1994). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Research, 52,* 305–16.

Ciaranello, R.D., Aimi, J., Dean, R.R., *et al.* (1995). Fundamentals of molecular neurobiology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology,* Vol. 1 (pp. 109–60). New York: John Wiley & Sons.

Clarke, A.S., Kammerer, C., George, K. *et al.* (1995). Evidence of heritability of norepinephrine, HVA, and 5HIAA values in cerebrospinal fluid of rhesus monkeys. *Biological Psychiatry, 38,* 572–7.

Cloninger, C.R (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments, 3,* 167–226

Davis, M. (1992). The role of the amygdala in fear and anxiety *Annual Review of Neuroscience, 15,* 353–75.

Depue, R.A. & Iacono, W.G. (1989). Neurobehavioural aspects of affective disorders. Annual *Review of Psychology, 40,* 457–92.

Derryberry, D. & Rothbart, M.K. (1997) Reactive and effortful processes in the organisation of temperament. *Development and Psychopathology, 9,* 633–52

Farrington, D.P. (1997). The relationship between low resting heart rate and violence. In A. Raine, P.A. Brennan, D.P. Farrington & S.A. Mednick (Eds.), *Biosocial Bases of Violence* (pp. 89–105). New York. Plenum Press.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J. & Horwood, L.J. (1998). Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of General Psychiatry, 55,* 721–7.

Fox, N.A., Rubin, K.H., Calkins, S.D., *et al* (1995). Frontal activation asymmetry and social competence at four years of age. *Child Development, 66,* 1770–84.

Fox, N.A., Schmidt, L.A., Calkins, S.D., Rubin, K H. & Coplan, R.J (1996). The role of frontal activation in the regulation and dysregulation of social behaviour during the preschool years *Development and psychopathology, 8,* 89–102.

Fraser, A.M., Brockert, J E. &· Ward, R.H. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. New *England Journal of Medicine, 332,* 1113–17.

Fride, E. & Weinstock, M. (1988). Prenatal stress increases anxiety related behaviour and alters cerebral lateralisation ofdopamine activity. *Life Sciences, 42,* 1059–65.

Galaburda, A.M., Corsiglia, J., Rosen, G.D. & Sherman, G.F. (1987). Planum temporale asymmetry, reappraisal since Geschwind and Levitsky. *Neuropsychologia, 25,* 853–68.

Garlepy, J.-L. (1996). The question of continuity and change in development. In R.B. Cairns, G.H. Elder & E.J. Costello (Eds.), *Developmental Science* (pp. 78–96). Cambridge: Cambridge University Press.

Garlepy, J.-L., Hood, K.E. & Cairns, R.B. (1988). A developmental-genetic analysis of aggressive behaviour in mice: 3. Behavioural mediation by heightened reactivity or increased immobility? *Journal of Comparative Psychology, 102,* 392–9.

Gerardi, G., Rothbart, M.K., Posner, M.I. & Kepler, S. (1996). *The development of attentional control performance on a spatial Stroop-like task at 24, 30 and 36–38 months of age* Poster session presented at the Annual Meeting at the International Society for Infant Studies. Providence RI.

Geschwind, N. & Galaburda, A.M. (1985) Cerebral lateralisation. biological mechanisms, associations and pathology: I. A hypothesis and a program for research. *Archives of Neurology, 42,* 428–59.

Goodman, R. (1991). Developmental disorders and structural brain development. In M. Rutter & P. Caesar (Eds.), *Biological Risk Factors for Psychosocial Disorders* (pp. 20–39). Cambridge: Cambridge University Press

Gray, J.A. (1987). *The Psychology of Fear and Stress* (2nd Edn). New York: McGraw-Hill.

Halperin, J M., Sharma, V., Siever, L.J., *et al* (1994) Serotonergic function in aggressive and nonaggressive boys with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 151,* 243–8.

Hamburger, V. & Oppenheim, R.W. (1982). Naturally occurring neuronal death in vertebrates. *Neuroscience Commentary, 1,* 35–55.

Henry, B., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1996). Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions. age 3 to age 18. *Developmental Psychology, 32,* 614–23.

Higley, J.D., Thompson, W.W., Champoux, M. *et al.* (1993). Paternal and maternal genetic and environmental contributions to cerebrospinal fluid monoamine metabolites in rhesus monkeys (*Macaco mulatto*). *Archives of General Psychiatry, 50,* 615–23

Huttenlocher, P.R. (1979). Synaptic density in human frontal cortex: developmental changes and effects of ageing. *Brain Research, 163,* 195–205.

Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240,* 167–73.

Kerr, M., Tremblay, R.E., Pagini, L. & Vitaro, F. (1997). Boys' behavioural inhibition and the risk of later delinquency. *Archives of General Psychiatry, 54,* 809–16.

Kraemer, G.W., Ebert, M.H., Lake, C.R. & McKinney, W.T. (1984). Hypersensitivity to d-amphetamine several years after early social deprivation in rhesus monkeys. *Psychopharmacology, 82,* 266–71

Kraemer, G.W., Ebert, M.H., Schmidt, D.E. & McKinney, W.T. (1991). Strangers in a strange land: a psychobiological study of mother—infant separation in rhesus monkeys. *Child Development, 62,* 548–66.

Kruesi, M.J.P., Hibbs, E.D., Zahn, T.P., *et al.* (1992). A 2-year prospective follow up study of children and adolescents with disruptive behaviour disorders. *Archives of General Psychiatry, 49,* 429–35.

Kruesi, M.J.P., Rapoport, J.L., Hamburger, S., *et al* (1990). Cerebrospinal fluid monamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behaviour disorders of children and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 47,* 419–26.

LeDoux, J.E, (1995). In search of an emotional system in the brain: leaping from fear to emotion and consciousness. In M.S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences* (pp. 1049–62). Cambridge, MA: MIT Press.

LeDoux, J.E. (1996). *The Emotional Brain.* New York: Simon and Schuster.

Moffitt, T.E. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 135–51. Moffitt, T.E., Caspi, A., Fawcett, P. *et al.* (1997). Whole blood serotonin and family background relate to male violence In A. Raine, P.A. Brennan, D.P. Farrington & S.A. Mednick (Eds.), *Biosocial Bases of Violence* (pp 321–40). New York: Plenum Press.

Myers, M.M., Brunelli, S.A., Shair, H.M., Squire, J.M. & Hofer, M.A. (1989). Relationships between maternal behaviour of SHR and WKY dams and adult blood pressures of cross-fostered Pi pups. *Developmental Psychobiology, 22,* 55–67.

Oxenstiema, G., Edman, G., Iselius, L., *et al* (1986). Concentrations ofmonoamine metabolites in the Cerebrospinal fluid of twins and unrelated individuals — a genetic study. *Journal of Psychiatric Research,* 28, 19–29

Panksepp, J. (1992). A critical role for «affective neuroscience» in resolving what is basic about basic emotions. *Psychological Review, 99,* 554–60.

Pine, D.S., Caplan, J.D., Wasserman, G.A., *et al.* (1997). Neuroendocrine response to fen-fluramine challenge in boys. *Archives of General Psychiatry, 54,* 839–46.

Posner, M.I, & Raichle, M.E. (1994). *Images of Mind* New York: Scientific American.

Prior, M R., Sanson, A., Oberklaid, F. & Northam, E. (1987). Measurement of temperament in 1–3 year old children. *International Journal of Behavioural Development, 10,* 131–2.

Quay, H.C. (1993). The psychobiology of under-socialised aggressive conduct disorder: a theoretical perspective. *Development and Psychopathology, 5,* 165–80.

Raine, A. (1993). *The Psychopathology of Crime: Criminal Behaviour as a Clinical Disorder.* San Diego: Academic Press.

Raine, A., Brennan, P. & Mednick, S.A. (1997). Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to a serious, early-onset violence. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1265–71.

Raine, A., Reynolds, C., Venables, P.H., Mednick, S.A & Farrington, D.P. (1998). Fearlessness, stimulation-seeking, and large body size at age 3 years as early predispositions to childhood aggression at age 11 years. *Archives of General Psychiatry, 55,* 745–51.

Rogeness, G.A. & McClure, E.B. (1996). Development and neurotransmitter-environmental interactions. *Development and Psychopathology, 8,* 183–99.

Rothbart, M.K. (1988). Temperament and the development of inhibited approach. *Child Development, 59,* 1241–50.

Rothbart, M.K., Derryberry, D. & Posner, M.I. (1994). A psychobiological approach to the development of temperament. In J.E Bates & T.D. Wachs (Eds.), *Temperament· Individual Differences at the Interface of Biology and Behaviour* (pp. 83–116). Washington DC: American Psychological Association.

Rothbart, M.K., Posner, M.I. *8i* Hershey, K.L. (1995). Temperament, attention, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & DJ. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 315–40). New York: John Wiley & Sons.

Schaal, B., Tremblay, R.E., Soussignan, R. & Susman, EJ. (1996). Male testosterone links to high social dominance but low physical aggression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1322–30.

Schneider, M.L., Clarke, A.S., Kraemer, G.W , *et al* (1998). Prenatal stress alters brain biogenic amine levels in primates. *Development and Psychopathology, 10,* 427–40.

Schneiria, T.C. (1959). An evolutionary and developmental theory ofbiphasic process underlying approach and withdrawal. In M.R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 297–339). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Seamark, CJ. & Gray, D.J.T. (1998). Teenagers and risk-taking: pregnancy and smoking. *British Journal of General Practice, 48,* 985–6.

Seeman, P., Bzowej, M.H., Guan, H.C., *et al.* (1987). Human brain dopamine receptors in children and ageing adults. *Synapse, 1,* 399–404.

Shatz, C.J. (1990). Impulse activity and the patterning of connections during CNS development. *Neuron, 5,* 745–56.

Stuss, D.T. & Benson, D.F. (1986). *The Frontal Lobes* New York· Raven Press.

Thomas, A., Chess, S. & Birch, H.G. (1968) *Temperament and Behaviour Disorders in Children* New York: New York University Press.

Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G., Hertzig, M E. & Kom, S. (1963). *Behavioural Individuality in Early Childhood.* New York: New York University Press.

Todd, R.D., Swarzenski, B., Crossi, P.G. & Visconti, P. (1995). Structural and functional development of the human brain. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology,* Vol. 1 (pp. 161–94). New York· John Wiley & Sons.

Tremblay, R.E., Schaal, B., Boulerice, B., *et al.* (1997). Male physical aggression, social dominance and testosterone levels at puberty. a developmental perspective. In A. Raine, P.A. Brennan, D P. Farrington & S A. Mednick (Eds.), *Biosocial Bases of Violence* (pp. 271–91) New York: Plenum Press.

Wakschlag, L.S., Lahey, B.B., Loeber, R.L., *et al.* (1997). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry, 54,* 670–6.

Weinshilboum, R.M. (1983). Biochemical genetics of catecholamines in man. Mflyo Clinic *Proceedings, 58,* 319–30.

Windle, M. (1995). The approach/withdrawal concept. associations with salient constructs in contemporary theories of temperament and personality development. In K.E. Hood, G. Greenberg, E Tobach (Eds.), *Behavioural Development Concepts of Approach/Withdrawal and Integrative Levels* (pp. 329–70). New York: Garland.

6

Эпидемиология расстройств поведения: проблемы нозологии и коморбидность

Adrian Angold и E. Jane Costello

Является ли расстройство поведения расстройством?

Эпидемиология изучает распространенность болезней, их причины и корреляты в определенных популяциях, в определенное время и на определенной территории. Лучше было бы сказать, что мы оцениваем распространенность «предполагаемых» болезней (далее «расстройств»), потому что нередко болезнь, в определенный момент времени считавшаяся самостоятельной, в дальнейшем оказывается группой болезней с определенными общими клиническими характеристиками. С другой стороны, некоторые болезни, первоначально считавшиеся самостоятельными, начинают рассматривать как проявления единственного основного заболевания, возникающие в ходе его течения. Под термином «расстройство» мы понимаем комплекс симптомов, признаков и патологоанатомических данных (синдром), которые являются отклонением от некоторых стандартов «нормального состояния». Болезненное состояние обусловливается расстройством, имеющим определенную генетическую основу, этиологию, органическую патологию, конкретный прогноз и поддающимся специфическому лечению (Angold, 1988).

Для многих психических расстройств характерна ядерная группа основных признаков, вокруг которых группируются другие симптомы и нарушения. Например, подавленное настроение является основным характерным признаком депрессивных расстройств. Бывает, что некоторые индивиды «имеют» расстройство, но при этом отсутствуют его основные характерные признаки, однако такие случаи следует считать атипичными. Расстройство поведения иное, потому что ему свойственна совокупность форм поведения, ни одна из которых в концептуальном плане не имеет существенного значения для нашего понимания расстройства. При постановке такого диагноза предъявляется единственное требование: у индивида должно присутствовать множество этих форм поведения. Даже на уровне концептуального группирования отсутствует непосредственная и очевидная когерентность отдельных признаков, составляющих расстройство поведения. Так, в DSM–IV отдельные признаки расстройства поведения группируются в четыре категории: (1) агрессивное поведение, когда индивид причиняет или угрожает причинить физический вред людям либо животным; (2) неагрессивное поведение, которое приводит к потере имущества или к причинению материального ущерба; (3) мошенничество или воровство; (4) серьезное нарушение установленных правил. К этому мы должны добавить четыре основных конструкта оппозиционно-вызывающего поведения, критерии

которого приведены в DSM–IV: (5) негативизм; (6) вызывающее поведение; 7) неповиновение; (8) враждебность. Другими словами, расстройство поведения представляет собой группу проявлений поведения, которые взрослым в законно учрежденной административной власти не нравятся в поведении детей. Однако, как мы увидим дальше, эти различные формы поведения имеют тенденцию проявляться в совокупности у одного и того же ребенка; кроме того, получены данные о том, что подобные нарушения ассоциируются с несколько иными коррелятами и последствиями. Таким образом, расстройство поведения заслуживает того, чтобы его трактовали как расстройство. В этой главе ставится цель провести обзор эпидемиологических данных, чтобы проанализировать статус расстройства поведения как болезни (или группы болезней) и сформулировать вопросы, которые требуют дальнейшего исследования.

В этой сфере мы выделяем четыре широких класса исследований: (1) ранние исследования отдельных проявлений поведения; (2) исследования проблемного поведения с использованием факторного анализа; (3) исследования по вопросам диагностики расстройства поведения; (4) исследования по изучению нарушений поведения в зависимости от стадии развития человека.

Изучение отдельных симптомов поведенческого расстройства

В самых ранних эпидемиологических исследованиях поведенческого расстройства просто изучалась распространенность его отдельных форм. Например, McFie (1934) опрашивала учителей, чтобы выявить спектр нарушений у их 12–14-летних учеников. Ее удивил тот факт, что у 46,2% детей отмечалось как минимум одно нарушение. Среди «расстройств поведения» чаще всего фигурировали «лживость, воровство, попрошайничество» (3,4%), «запугивание, задиристость» (2,4%), «предательство, ненадежность» (2,4%), «неугомонность, суетливость» (2,1%), «клоунада, пребывание в центре внимания» (2,0%). Cummings (1944) также использовала учителей в качестве информантов, сообщавших сведения о детях от двух до семи лет. Кроме очень высокой частоты симптомов, которые в настоящее время мы назвали бы симптомами гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (ГРДВ), в этой группе детей она выявила «агрессивность» у 10,9%, «лживость» у 8,4% и «жестокость» у 7,1%. Она также установила, что жестокость чаще отмечалась у мальчиков, а симптомы антисоциального поведения — у детей, у которых «родители постоянно отсутствуют или не заботятся о ребенке». Таким образом, вскоре было установлено, что отдельные нарушения поведения очень распространены, при этом проявления агрессии чаще наблюдались у мальчиков, чем у девочек (см. также Cullen & Boundy, 1966; Griffiths, 1952; Haggerty, 1925; Long, 1941; Olson, 1930; Young-Masten, 1938), и эти симптомы ассоциировались с небрежным отношением к воспитанию. В этих двух исследованиях также иллюстрируется характерная особенность, которая, скорее всего, была забыта, а именно: отдельные нарушения поведения, в настоящее время объединенные в расстройство поведения (DSM–IV), например лживость и некоторые формы агрессии, фактически достигают своего пика распространенности к пяти годам (не в подростковом возрасте), как показано в Калифорнийском исследовании детей (Macfarlane *et al.*, 1954) и в исследовании, проведенном Griffiths (1952) (см. резюме исследования по изучению агрессии, недавно проведенного Loeber & Stouthamer-Loeber, 1997). Даже более ранние исследования

(Wickman, 1928; Yourman, 1932) показали, что учителя считали внешне проявляемые нарушения поведения более серьезными, чем скрытые, и что такое поведение ассоциировалось с низкой успеваемостью (Haggerty, 1925; Yourman, 1932).

Из-за отсутствия четко определяемых диагностических категорий упомянутые авторы иногда группировали симптомы по принципу *ad hoc* (для данного случая). Обычно присутствие какого-либо одного из группы симптомов приводило к тому, что индивида классифицировали как члена этой группы. Фактически на основе наличия какого-либо одного симптома ставился далеко не точный диагноз. Как следствие, детей без явных нарушений объединяли с теми, кто вызывал у их учителей, родителей и у них самих большую озабоченность. Другими словами, эта классификация не позволяла дифференцировать нормальных озорных детей и детей с серьезными нарушениями поведения. Очевидным единственным решением этой проблемы было следующее: считать, что у ребенка есть нарушение только в том случае, если у него наблюдается много проявлений нарушений поведения (Haggerty, 1925; Olson, 1930). Чтобы определить количество детей с нарушениями поведения, следовало использовать несколько произвольно выбранных «точек перехода», но так действует любая медицинская диагностическая классификация. Однако было ясно и то, что у разных детей наблюдались разные виды нарушений, поэтому простое подсчитывание общего количества всех видов симптомов также не удовлетворяло. Но как определить, какие симптомы комбинировать вместе для количественной оценки каждого «вида нарушения» (Olson, 1930)? В следующем разделе речь идет о том, как пытались решить вопросы дифференцирования нормы и патологии, а также группирования симптомов для «диагностических» целей с помощью факторного анализа.

Исследования нарушений поведения у детей с помощью факторного анализа

Исследования клинических выборок с использованием факторного анализа, начало которых приходится на 1940-е годы (см. резюме более раннего труда Achenbach & Edelbrock, 1978), в основном сосредоточивались на сообщениях взрослых (родители, учителя, социальные работники младшего звена) об имеющихся нарушениях поведения у ребенка и ограничивались требованиями обычно применявшихся методов факторного анализа — анализа главных компонент (PCA) или анализа основных факторов с ротацией *varimax* (ортогональной). Отдельные признаки исключались из шкалы, если они редко встречались в выборке (например, менее чем у 5% индивидов по Контрольному перечню вопросов для оценки поведения детей (КПВПД); Achenbach & Edelbrock, 1981), поэтому об относительно редких, но наиболее проблемных проявлениях поведения (например, половой акт с применением физического насилия) обычно никогда не спрашивали. Кроме того, нельзя исключать, что родители, учителя и социальные работники младшего звена часто не знали о скрываемых антисоциальных поступках своих детей, как следствие, сообщения об этих аспектах поведения были неполные.

Прежде всего было примечательно то, что удалось достичь высокой степени согласованности данных, полученных от информантов, оценок и выборок. Всюду определялось широкое различие между «чрезмерно контролируемыми», «интернализованны-

ми» или эмоциональными расстройствами, а также «неконтролируемым», «экстернализованным» или проблемным поведением, хотя иногда также определялись другие синдромы «широкого спектра» (Achenbach & Edelbrock, 1978; Achenbach *et al.*, 1989; Crijnen *et al.*, 1997; Verhulst, 1995; Verhulst & Achenbach, 1995). Кроме того, было ясно, что, даже если подшкалы составляли так, чтобы они были статистически ортогональными (т. е. некоррелированными) в отношении содержания их пунктов, факторные показатели положительно коррелировали друг с другом как у детей, которых направляли в клинику, так и у тех, кого не направляли (Garnefski & Diekstra, 1997; McConaughy & Achenbach, 1994; Verhulst & van der Ende, 1993).

Среди факторов «узкого» спектра, которые лежат в основе экстернализованного фактора «широкого спектра», часто выявлялись два основных синдрома; их можно назвать «нарушением поведения с проявлениями агрессии» и «нарушением поведения без проявлений агрессии», хотя в некоторых исследованиях они имели множество различных названий (Achenbach *et al.*, 1989; DeGroot *et al.*, 1994). Важно указать, что давно получены данные о том, что траектории развития, включающие физическую агрессию, отличаются от тех, в которых отмечались неагрессивные проявления нарушенного поведения, хотя эти траектории также четко коррелируют. В этой литературе, а также в других источниках описываются схемы разделения расстройства поведения на подтипы, которые основываются на характеристиках отношений с ровесниками и социального поведения (Quay, 1986), — например разграничение в МКБ–10 «несоциализированного» и «социализированного» расстройства поведения. Для первого характерны плохие отношения детей со сверстниками и взрослыми, возможны также проявления агрессии, в то время как дети со вторым расстройством имеют хорошие отношения со сверстниками и стремятся вступать в группы, ориентированные на антиобщественные действия.

Важно также отметить, что шкалы для оценки нарушений поведения, разработанные в исследовании с использованием факторного анализа, основывались на результатах изучения клинических выборок или выборок, состоящих из детей с нарушениями поведения, а не популяционных, поэтому нельзя исключить систематическую ошибку, связанную с особенностями индивидов, направленных в клинические подразделения. Например, шкалы КПВПД были разработаны с помощью факторного анализа данных, полученных в клинических выборках, а затем неклинические выборки использовались только для того, чтобы установить нормированное распределение *T*-значений для каждой шкалы (Achenbach, 1978; Achenbach & Edelbrock, 1979). Нельзя забывать и о том, что выделяемые факторы зависят от признаков, вводимых в матрицу факторного анализа, и что, хотя различные опросники выделяют похожие факторы, часто наблюдаются и заметные различия. Рассмотрим, например, вывод Achenbach и коллег о том, что при использовании шкалы КПВПД не выделялся фактор, аналогичный категории DSM «оппозиционно-вызывающее расстройство» (Achenbach, 1980) в трех крупных выборках, изучавшихся в США и Голландии. В противоположность этому последний вариант оценочной шкалы Conners (Conners' rating scale — CRS) позволил выявить фактор, который очень напоминает операциональный конструкт «вызывающее расстройство» (Conners, 1997), основанный на факторах, выделенных в относительно крупных неклинических популяциях. При проверке двух опросников выяснилось, что в КПВПД не включены многие компоненты, релевантные для конструкта DSM «оппозиционно-вызывающее расстройство», а CRS содержит все релевантные компоненты. С другой

стороны, факторы «агрессивный» и «делинквентный», хорошо установленные при проведении факторного анализа результатов КПВПД, не вытекают из факторного анализа на основе шкалы CRS, но это неудивительно, потому что в последней отсутствует несколько релевантных компонентов. В этом случае вопрос заключается в том, что так же как диагноз «расстройство поведения» у ребенка зависит от его дефиниций, приведенных в руководствах по классификациям, включающим эту нозологическую единицу (не важно, диагностируется ли она в соответствии с критериями МКБ–10 или DSM–IV), так и структура нарушения, вытекающая из исследований с использованием факторного анализа, зависит от включенных признаков и популяций, на основе которых разрабатывались подшкалы. Ни тот, ни другой подход не является чисто «эмпирическим», поскольку оба зависят от априорной концептуализации проявлений, которые должны быть включены в совокупность исходных признаков, из которых, в конечном счете, формируется либо опросник, либо диагностическая категория.

Если синдромы узкого спектра коррелируют друг с другом, возможно, предполагаемые процессы, лежащие в основе этих синдромов, на самом деле являются лишь подгруппой компонентов, которые следует надлежащим образом интерпретировать как часть единого общего процесса. Не следует забывать о том, что при проведении факторного анализа нет наилучшего единственного решения — на самом деле такое решение невозможно даже теоретически. Скорее, каждый исследователь, использующий метод факторного анализа, представляет то, что, по его мнению, является наилучшим решением. Учитывая то, что стремление тщательно разобрать психопатологическую симптоматику, используя факторный анализ, было направлено на выявление когерентной подгруппы симптомов, акцент был сделан на описании факторов узкого спектра, а не связей между этими факторами.

Чтобы объяснить, что мы здесь имеем в виду, рассмотрим 48 признаков из КПВПД, которые мы использовали как скрининговый инструмент в исследовании Great Smoky Mountains Study (GSMS) при изучении случайной выборки 3909 родителей 9-, 11- и 13-летних детей. Анализ частотной таблицы признаков показал, что о 10 из них сообщали менее 5% родителей. Среди этих признаков «жестокость по отношению к животным», «физическая агрессия по отношению к людям», «предпочтение детей, старших по возрасту», «побеги из дому», «поджоги», «воровство дома», «кражи за пределами дома», «прогулы занятий в школе», «употребление алкоголя или других психоактивных веществ» и «вандализм». Если использовать обычный факторный анализ с исключением таких сравнительно «редких» признаков, тогда не придется удивляться, что фактор «расстройство поведения» не проявится — ведь основные компоненты, которые составляют конструкт, не будут включены в анализ! Однако здесь статистическая задача детерминируется не каким-либо конкретным процентным пороговым значением, а наличием достаточного количества испытуемых с позитивными оценками для того, чтобы сформировать приемлемую (допустимую) оценку факторных нагрузок рассматриваемых признаков. Мы решили включать лишь те признаки, которые были убедительно подтверждены минимум тридцатью родителями. В результате были исключены четыре признака: «побеги из дому», «употребление алкоголя или других психоактивных веществ», «вандализм» и «прогулы занятий в школе». Даже при этих условиях это означает, что мы упускаем три важных признака расстройства поведения в соответствии с критериями DSM–IV. Как бы там ни было, проанализировав главные признаки, мы составили график «каменистой осыпи» (рис. 6.1) для первых десяти фак-

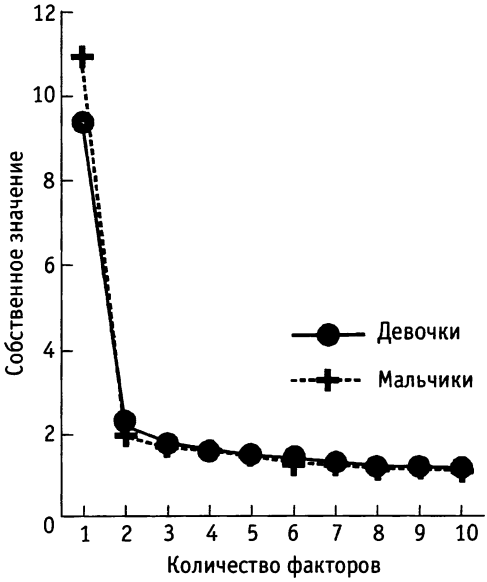


Рис. 6.1. График «каменистой осыпи» по данным анализа главных компонент базы данных исследования GSMS

торов — отдельно для мальчиков и для девочек. Этот график свидетельствует о том, что решение о единственном факторе может быть решением выбора, поскольку первый фактор имеет большее собственное значение, чем любой другой, и остальные располагаются гораздо компактнее. Ни для мальчиков, ни для девочек ни один фактор, кроме первого, не объяснял более 5% общей дисперсии. Проверка факторных нагрузок на этот первый неротированный фактор показала, что все, кроме шести признаков, имели нагрузки, составлявшие минимум 0,3, но каждый из них положительно нагружал первый фактор (самая низкая нагрузка составляла 0,17). Здесь можно было бы утверждать, что мы имеем дело с одномерной шкалой основного нарушения, включающей все признаки. Однако в ранее проводившихся исследованиях с использованием факторного анализа ставилась цель установить отдельные показатели, лежащие в основе обобщенных оценок, поэтому специалисты по факторному анализу продолжают чередовать свои методы решения, чтобы получить многочисленные ортогональные факторы. В качестве примера рассмотрим трехфакторное решение, используя метод ротации *varimax* (ортогональной). Мы надеемся, что анализ клинической выборки, которая послужила основой «официальной» факторной структуры КПВПД, позволит нам четко увидеть факторы «гиперактивного расстройства с дефицитом внимания» — «агрессивный» и «делинквентный». Признаки с факторными нагрузками больше 0,4 у мальчиков помечены звездочкой в левой стороне табл. 6.1. Фактором 3 является фактор «делинквентность», но ни фактор 1, ни фактор 2 не соответствуют хорошо знакомой клинической структуре. Фактор 2 больше всего приближается к несоциализированной агрессии, но включает несколько форм поведения, свойственных оппозиционно-вызывающему расстройству. Фактор 1 представляет собой сочетание форм поведения, характерных для оппозиционно-вызывающего расстройства и гиперактивного расстройства с дефицитом внимания.

Теперь сравним эти результаты с теми, которые получены при факторном анализе с применением метода максимального правдоподобия (maximal likelihood factor analysis — MLFA; этот метод в статистическом плане предпочтителен при большом наборе данных). Следует обратить внимание на то, что у мальчиков первый неротированный фактор отвечает за 73% общей дисперсии (рис. 6.2), у девочек — за 76%. Результаты трех факторных решений для мальчиков приводятся в правой части табл. 6.1. Фактор 3 определенно оказывается фактором «гиперактивного расстройства с дефицитом внимания». Фактор 1 выглядит как сочетание «раздражающего и раздражительного поведения», который напоминает некоторые признаки оппозиционно-вызывающего расстрой-

Таблица 6.1. Три основных фактора в свете анализа главных компонент и факторного анализа с использованием метода максимального правдоподобия базы данных исследования GSMS

Анализ главных компонент				Факторный анализ с использованием метода максимального правдоподобия		
Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3		Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
1	2	3	4	5	6	7
52*	10	16	Манипулирует другими в очень раннем возрасте	28	13	40*
48*	39	–1	Много спорит	55*	13	22
31	29	11	Бахвальство, хвастовство	33	21	14
69*	0	23	Не может сосредоточиться	17	12	77*
67*	9	16	Неусидчивый	30	11	60*
0	31	29	Жестокость по отношению к животным	12	34	5
12	61*	28	Жестокость, нападки на слабых, подлость	37	52*	5
52*	34	4	Стремиться обратить на себя внимание окружающих	48*	17	31
31	28	37	Наносит ущерб своей собственности	23	38	28
16	40*	45*	Наносит ущерб собственности других людей	21	52*	19
42*	45*	16	Непослушный дома	53*	29	20
47*	28	30	Непослушный в школе	37	32	34
26	42*	25	Не ладит с другими людьми	24	41*	26
26	22	23	Не испытывает чувство вины	24	23	18
37	43*	–4	Легко ревнует	45*	18	19
33	50*	4	Чувствует себя нелюбимым	42*	27	22
27	53*	14	Другие люди его не интересуют	34	40	23
15	46*	23	Много дерется	24	41*	16
33	17	31	Общается с теми, кто вступил в конфликт с законом	22	27	25
64*	21	21	Импульсивный	42*	20	47*

Окончание табл. 6.1

1	2	3	4	5	6	7
40*	30	45*	Лживость или мошенничество	34	41*	30
21	8	2	Кусает ногти	13	6	13
45*	31	5	Нервный, взвинченный, напряженный	36	19	31
19	38	28	Не нравится другим детям	14	43*	25
–4	52*	34	Совершает физические нападки на людей	14	53*	6
53*	6	34	Плохо учится в школе	17	23	53*
35	16	9	Плохая координация движений, неуклюжесть	20	15	27
19	22	3	Предпочитает общаться с детьми старше себя	21	12	10
23	56*	–3	Часто кричит	46*	25	7
25	31	13	Скрытный	33	20	12
2	15	39	Устраивает поджоги	8	28	4
49*	18	6	Пускает пыль в глаза, занимается шутовством	42*	10	22
15	13	62*	Совершает кражи дома	10	44*	18
6	4	67*	Совершает кражи вне дома	2	40	12
45*	44*	1	Упрямый, замкнутый, раздражительный	59*	16	18
41*	48*	6	Подвержен внезапному изменению настроения	53*	24	20
34	51*	10	Угрюмый	51*	28	16
17	47*	13	Подозрительный	29	34	12
18	34	17	Сквернословит	32	25	7
50*	12	–2	Болтливый	34	4	26
35	22	0	Дразнится	34	10	11
37	59*	0	Отмечаются вспышки гнева	62*	25	13
4	63*	32	Угрожает людям	32	57*	2
5	–2	42*	Прогуливает занятия в школе	6	19	2
47*	28	3	Необычайно шумный	42*	15	24

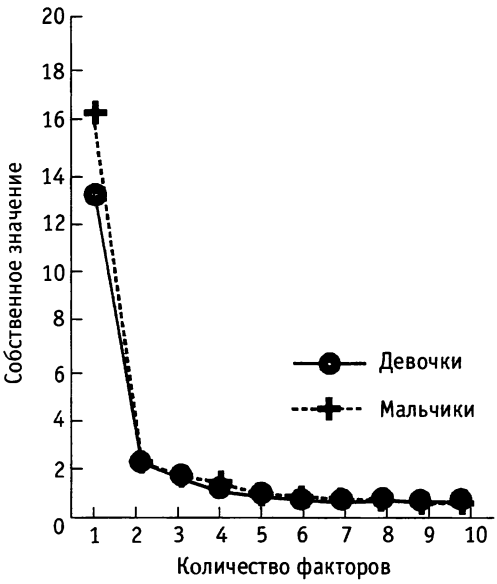


Рис. 6.2. График «каменистой осыпи» по данным факторного анализа с использованием метода максимального правдоподобия базы данных исследования GSMS

ства в DSM–IV. Однако фактор 2 — явное сочетание агрессивного и делинквентного поведения — очень напоминает расстройство поведения в DSM–IV.

Однако ни при PCA, ни при MLFA мы не видим четких факторов «гиперактивность», «агрессия» и «делинквентность». Обратите внимание также на то, что из нагрузок 64 признаков, превышающих 0,4, лишь меньшинство общие для обоих трех факторных решений, даже когда сравниваются наиболее сходные друг с другом факторы (а не проводится сравнение между парами первого, второго и третьего факторов). Например, третий фактор возникает как показатель «чистого» гиперактивного расстройства с дефицитом внимания при проведении MLFA, хотя симптомы этого расстройства остаются смешанными с множеством других элементов в факторе 1 при проведении PCA. С другой стороны, третий фактор при проведении PCA является относительно «чистым» признаком «делинквентность», но такой признак не выявляется при проведении MLFA.

Каково же «правильное» решение? Ответ таков: ни одно решение не является несомненно более правильным, чем какое-либо другое. Оба однофакторных решения очень схожи, и мы склоняемся к проведению анализа MLFA (поскольку рассматриваются трехфакторные решения), потому что он имеет некоторые статистические преимущества в крупных выборках. Однако каждый анализ обеспечивает частное представление данных. Однофакторные решения напоминают нам о том, что все признаки коррелируют друг с другом. Именно возможность извлечь статистически значимые ортогональные измерения, которые иногда выделяют различные элементы гиперактивного расстройства с дефицитом внимания, агрессии и делинквентности, означает, что мы должны серьезно допускать вероятность того, что они могут быть не унитарными элементами. Однако нам следует признать, что в реальном мире феномены не являются ортогональными. То, что в диагностической литературе называется коморбидностью, равным образом является феноменом в мире опросников. Необходимо отдавать себе отчет в том, что PCA и факторный анализ — это рабочиее инструменты для выделения нозологической единицы. Они могут быть очень информативными в ранних стадиях исследования природы психопатологических феноменов, а также при разработке шкал, но никогда не позволят идентифицировать неопровержимые феноменологические признаки. Многие достоинства «эмпирической» классификации базировались на результатах PCA, но каждое из представленных выше решений могло бы служить основой для такой классификации и, в конечном счете, при создании классификации ключевые факторы могли бы быть таки-

ми: (1) первоначальный выбор элементов для включения в анализ; (2) формирование выборки, на характеристиках которой будет основываться анализ; (3) субъективные решения о том, какой тип анализа даст наилучшие результаты; (4) субъективные решения относительно того, какой уровень факторной нагрузки использовать в качестве предельного значения, чтобы определить, какие элементы включить в каждую шкалу, основанную на факторах. По сути, в этом подходе нет ничего более «эмпирического», чем в использовании рабочей группы опытных врачей и исследователей, которые встречаются с целью определить содержание следующего варианта DSM.

Частота диагностики расстройства поведения при использовании диагностических систем МКБ–10 и DSM

Альтернатива основанным на факторном анализе подходам к диагностике расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего расстройства такова: предварительно дать определение расстройства исходя из современного уровня знаний о взаимосвязях между симптомами, а затем установить распространенность этого «клинического синдрома» в общей популяции. В двух главных диагностических системах, которые применяются в течение последних 20 лет, подходы к диагностике расстройств поведения существенно различаются. В 1980 году в *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам* (третье издание, DSM–III) (American Psychiatric Association, 1980) был внесен диагноз «оппозиционное расстройство». Для диагностики этого расстройства требовалось, чтобы его признаки соответствовали двум из пяти проявлений поведения (малозначительные нарушения правил поведения, вспышки гнева, склонность спорить, провокационное поведение и упрямство) (American Psychiatric Association, 1980, p. 35). В наборе критериев DSM–III не указывалось, с какой частотой должен проявляться каждый поведенческий признак. В DSM–III–R (American Psychiatric Association, 1987) в подробном описании каждого из девяти критериев (из них должны присутствовать пять) такое указание было обозначено словом «часто». Кроме того, было внесено важное пояснение в формулировку «Считать, что проявление поведения соответствует критерию только в том случае, если оно наблюдается гораздо чаще, чем у большинства людей с таким же умственным развитием, соотносимым с возрастом». Однако нам известно только одно исследование, в котором сообщалось о частоте отдельных диагностических признаков оппозиционно-вызывающего расстройства в общей популяции (Angold & Costello, 1996). В нем указывалось: если под словом «часто» подразумевали превышение 90-го общепопуляционного процентиля для частоты этой формы поведения, то для различных симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства требовались совершенно иные предельные значения встречаемости. В DSM–IV (American Psychiatric Association, 1994) оставили требование, чтобы проявления поведения наблюдались «часто», но количество критериев сократили до восьми (из них необходимо наличие четырех). Остальные критерии остаются без существенных изменений (за исключением незначительных различий в редакции текста), так же как и название «оппозиционно-вызывающее расстройство», внесенное в DSM–III–R. Далее в DSM–IV утверждается, что диагноз устанавливается только при условии, что «Нарушение поведения приводит к клинически значимому нарушению социального функционирования, учебной или профессиональной деятельности».

В МКБ–9 соответствующие диагнозы (Rutter *et al.*, 1979) описывались расплывчато, но в критерии диагностики расстройства поведения были включены проявления поведения, которые составляли оппозиционно-вызывающее расстройство в DSM. Эта практика нашла продолжение в МКБ–10, однако в ней точнее и подробнее описывались диагностические правила, так что в этой классификации расстройство поведения очень напоминает то, что могло бы получиться в результате комбинирования симптомов расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего расстройства (в DSM–IV) в отдельный набор критериев. Однако здесь кроется важное различие. Согласно МКБ–10 для диагностики подтипа оппозиционно-вызывающего расстройства достаточно присутствия любых четырех (из 23) симптомов. Для диагностики подтипов расстройства поведения в соответствии с МКБ–10 требуется три более тяжелых симптома. Многие проявления оппозиционно-вызывающего расстройства реже являются общими для детского и подросткового возраста (Campbell, 1990; Loeber *et al.*, 1991), тогда как многие проявления расстройства поведения (особенно скрытые) чаще бывают общими (Farrington, 1986; Farrington *et al.*, 1990; Le Blanc & Fréchette, 1989; Loeber, 1988). То, что диагностические критерии оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения (DSM–IV) не пересекаются по своему содержанию, означает следующее: возможно, что индивид, у которого в прошлом наблюдались симптомы, соответствующие критериям диагностики оппозиционно-вызывающего расстройства (DSM–IV), а в дальнейшем они будут соответствовать критериям расстройства поведения (DSM–IV), в промежуточной стадии не будет соответствовать критериям ни того, ни другого расстройства, несмотря на наличие в этот момент, скажем, трех симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства и двух симптомов расстройства поведения — в сумме пять соответствующих симптомов, тогда как для диагностики оппозиционно-вызывающего расстройства требуется только четыре, а для диагностики расстройства поведения — только три. В таком случае можно было бы поставить диагноз по МКБ–10 — подтип оппозиционно-вызывающего расстройства. Чтобы проверить эффекты применения правил этих классификаций, мы включили детей, участвовавших в исследовании GSMS, в одну из четырех взаимоисключающих категорий: (1) симптомы полностью соответствовали критериям расстройства поведения по DSM–IV; (2) симптомы полностью соответствовали критериям оппозиционно-вызывающего расстройства по DSM–IV; (3) симптомы не соответствовали критериям ни оппозиционно-вызывающего расстройства, ни расстройства поведения по DSM–IV, но соответствовали критериям подтипа того и другого расстройств по МКБ–10; (4) симптомы не соответствовали ни одному из этих критериев. Во всех трех наборах данных, охватывающих возраст 10–16 лет, показатели каждой группы расстройства поведения составили: расстройство поведения (критерии DSM–IV) — 2,2%; оппозиционно-вызывающее расстройство (критерии DSM–IV) — 1,6%; только подтип «расстройство поведения–оппозиционно-вызывающее расстройство» (критерии МКБ–10) — 2,8%. Отметим, что все индивиды в группах «расстройство поведения» (DSM–III–R) и «оппозиционно-вызывающее расстройство» (DSM–III–R) также соответствовали бы критериям диагноза «расстройство поведения» по МКБ–10. Следовательно, можно предполагать, что в других исследованиях с применением правил диагностики расстройства поведения DSM–III, DSM–III–R или DSM–IV было получено существенно заниженное (примерно на 40%) количество индивидов со значимыми нарушениями поведения, определяемыми в соответствии с правилами МКБ–10.

Будто и без этого недостаточно сложностей, но в исследованиях с использованием МКБ также разделяют расстройства поведения на «чистое» расстройство поведения и смешанное расстройство поведения и эмоций. Последняя категория приблизительно соответствует диагнозу «оппозиционно-вызывающее расстройство» или «расстройство поведения плюс эмоциональное расстройство» в соответствии с критериями DSM. Поэтому, чтобы получить основанную на МКБ оценку расстройства поведения, необходимо сложить показатели «чистого» расстройства поведения и смешанного расстройства поведения и эмоций. В исследовании, проведенном в Isle of Wight (Rutter & Graham, 1966), показатели при этой комбинации составили 3,4% у 10–11-летних, а во время катамнестического обследования подростков в возрасте 14–15 лет в этой же местности — 4%. Кроме того, в этих исследованиях было установлено, что «чистое» расстройство поведения, обнаруженное в возрасте 10–11-лет, в подростковом возрасте продолжалось чаще, чем смешанное или «чистое» эмоциональное расстройство (Graham & Rutter, 1973). В Мангеймском исследовании было обнаружено, что расстройство поведения диагностировалось у 1,8% восьмилетних детей по сравнению с 8,4% 13-летних (Esser *et al.*, 1990). В исследовании Fombonne (1994), проведенном в Шартрезе, показатель распространенности «расстройство поведения» составил среди мальчиков 9,3%, среди девочек — 3,2%, но в эту классификацию включили «гиперкинетические расстройства», поэтому невозможно сказать, сколько испытуемых соответствовали критериям расстройства поведения, как мы обычно учитываем сегодня.

В нескольких исследованиях, проведенных на материковой части США, в Пуэрто-Рико, Голландии и Новой Зеландии, получены показатели распространенности оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения с использованием одной из версий DSM. В табл. 6.2 эти показатели приведены для комбинированной категории «оппозиционно-вызывающее расстройство или расстройство поведения» (из исследований, в которых сообщалось о частоте связи между расстройствами), чтобы иметь возможность провести приблизительную параллель с результатами исследований с использованием МКБ. Кроме того, следует отметить, что, по данным Verhulst и коллег (1997), оппозиционно-вызывающее расстройство в соответствии с критериями DSM–III–R было выявлено у 1,2% голландских детей в возрасте от 13 до 18 лет, а распространенность расстройства поведения составила 2%. Среди детей в возрасте 8–16 лет показатели варьируют от 1,8 до 14,7% (значит, оценки, полученные на основе МКБ, также попадали в этот диапазон). Однако половина оценок находились в диапазоне между 5,9 и 9,1%, а медиана составляла 5,8%. Поэтому, по-видимому, есть основания сделать вывод, что средний показатель распространенности комбинированной категории расстройства поведения или оппозиционно-вызывающего расстройства в общей популяции колеблется между 5 и 10% среди детей в возрасте 8–16 лет. Возможно, что в будущем, после использования критериев DSM–IV, суммарные показатели окажутся ниже. С другой стороны, мы уже знаем, что использование правил МКБ–10 для определения расстройства поведения привело к существенному повышению его кажущейся распространенности в исследовании GSMS. Итак, какова же «истинная» распространенность расстройства поведения? Ответ таков: в настоящее время нет смысла задавать этот вопрос, потому что у нас нет согласия относительно того, что составляет «истинный» случай расстройства поведения. Однако можно сказать, что в целом во всех индустриально развитых странах западного мира в любой отдельный момент времени, вероятно, 5–10% 8–16-летних детей имеют заметные нарушения поведения,

Таблица 6.2. Частота диагнозов и коморбидности по данным общепопуляционных исследований

Исследование (DSM)	Количество	Возраст	Временные рамки	Частота диагноза а в популяции (%)	Частота диагноза б в популяции (%)	а сопутствует б (%)	а не сопутствует б (%)	б сопутствует а (%)	б не сопутствует а (%)	ОШ	ДИ	Р
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
а = РП/ОВР б = ГРДВ												
1 (III)	792	11	1 год	9,1	6,7	47,2	7,1	34,7	4,4	11,6	6,3–21,5	***
2 (III)	943	15	1 год	9,0	2,1	20,0	8,8	4,7	1,9	2,6	0,85–8,0	***
5 (III)	278	7–11	6 мес.	9,8	2,3	54,6	8,7	13,0	1,2	12,6	3,6–44,1	***
6 (III)	278	12–18	6 мес.	13,9	12,2	46,9	9,4	41,0	7,5	8,6	3,8–48,7	***
10 (III)	222	9–16	6 мес	10,5	10	93,0		35,7	–	phi =0,47	–	***
11 (III–R)	1015	9–13	3 мес.	5,2	1,9	33,3	4,7	11,8	1,3	10,2	4,5–22,3	***
12 (IV)	970	10–14	3 мес	4,8	1,0	35,5	4,5	7,5	0,69	11,7	4,9–28,2	***
13 (IV)	928	11–15	3 мес	3,3	0,9	22,1	3,1	5,8	0,7	8,7	2,0–37,9	**
14 (IV)	820	12–16	3 мес.	2,9	0,6	13,9	3,6	3,1	0,6	5,6	0,7–44,6	СН
15 (III–R)	323	9–13	3 мес.	6,6	1,3	25	6,3	4,8	1,0	4,9	0,49–49,6	СН
16 (IV)	317	10–14	3 мес.	8,3	1,3	50,0	7,7	7,7	0,7	11,9	1,6–88,4	*
17 (IV)	304	11–15	3 мес.	5,0	1,0	67	4,4	13,3	0,35	43,7	3,7–513	**
18 (IV)	289	12–16	3 мес.	4,2	0,4	100	3,9	8,3	0	—	—	—
19 (III–R)	986	15	6 мес.	10,8	4,8	—	—	—	—	26,8	13,7–52,4	*
20 (III–R)	2762	8–16	3 мес.	4,3	1,4	—	—	—	—	3,2	0,9–8,7	СН
а = CD/ODD б = Депрессия												
1 (III)	792	11	1 год	9,1	1,8	78,6	8,7	15,3	0,47	38,3	10,4–141	***
2 (III)	943	15	1 год	9,0	4,2	32,5	8,0	15,3	3,15	5,6	2,7–11,2	***
3 (III–R)	930	18	1 год	5,5	18,0	7,2	5,1	23,5	17,6	1,4	0,74–2,8	СН
4 (III)	150	14–16	1 год	14,7	8,0	83,3	8,7	45,9	1,6	52,5	10,3–268	***

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
5 (III)	278	7–11	1 год	9,8	1,6	13,5	9,7	2,2	1,5	1,5	0,15–14,3	CH
6 (III–R)	278	12–18	6 мес.	13,9	4,2	67,7	11,6	20,4	1,6	15,9	4,4–58,0	***
7 (III–R)	776	9–18	1 год	7,1	3,4	23,7	6,6	10,9	2,8	4,3	1,6–11,5	*
8 (III–R)	776	11–20	1 год	5,8	2,8	22,7	5,3	11,1	2,3	5,2	1,9–13,9	—
9 (III–R)	1710	14–18	текущ	1,8	2,9	8,0	1,6	12,9	2,7	5,3	1,8–15,7	**
10 (III)	222	9–16	6 мес.	10,5	8,0	55,8		45,4		18,4	6,1–55,3	***
11 (III–R)	1015	9–13	3 мес.	5,2	1,5	28,9	4,8	8,4	1,1	8,01	2,8–22,6	***
12 (IV)	970	10–14	3 мес.	4,9	3,1	25,7	4,3	16,0	2,4	7,8	2,6–23,1	***
13 (IV)	928	11–15	3 мес.	3,4	3,2	42,9	2,0	41,4	1,9	36,2	11,1–118	***
14 (IV)	820	12–16	3 мес.	2,9	2,7	4,4	2,9	4,0	2,6	1,6	0,38–6,5	CH
15 (III–R)	323	9–13	3 мес.	6,5	0,31	0	6,5	0	0,33	—	—	—
16 (IV)	317	10–14	3 мес.	8,2	1,6	60,0	7,4	11,5	0,7	18,8	3,0–118	**
17 (IV)	304	11–15	3 мес.	5,3	4,3	38,5	3,8	31,3	2,8	15,9	4,5–56,6	***
18 (IV)	289	12–16	3 мес.	4,2	1,7	0	4,2	0	1,8	—	—	—
19 (III–R)	986	15	6 мес.	10,8	6,6	—	—	—	—	3,4	1,9–6,3	*
20 (III–R)	2762	8–16	3 мес.	4,3	1,2	—	—	—	—	11,2	4,6–25,6	*
а = РП/ОВР	б = тревога											
1 (III)	792	11	1 год	9,1	7,4	32,2	8,1	26,4	6,3	5,4	2,9–9,9	***
2 (III)	943	15	1 год	9,0	10,7	5,9	9,4	7,1	11,1	0,61	0,26–1,4	CH
3 (III–R)	930	18	1 год	5,5	19,7	7,1	5,1	25,5	19,3	1,4	0,74–2,7	CH
4 (III)	150	14–16	1 год	14,7	8,7	69,2	9,5	40,9	3,1	21,5	5,8–79,5	***
5 (III)	278	7–11	1 год	9,8	15,4	19,4	8,0	30,7	13,8	2,8	1,3–6,12	**
6 (III–R)	278	12–18	6 мес.	13,9	14,4	20,8	12,8	21,6	13,3	1,8	0,8–3,9	CH
10 (III)	222	9–16	1 год	—	—	62,4	—	55,3	–	Phi =1,4	-	*
11 (III–R)	1015	9–13	3 мес.	5,2	5,5	18,3	4,4	19,2	4,7	4,81	2,13–10,9	***
12 (IV)	970	10–14	3 мес.	4,9	3,8	13,0	4,6	9,9	3,4	3,1	1,4–6,9	**
13 (IV)	928	11–15	3 мес.	3,4	2,8	7,9	3,2	6,6	2,7	2,6	0,85–7,7	CH

Окончание табл. 6.2.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14 (IV)	820	12–16	3 мес.	2,9	0,98	16,2	2,8	5,5	0,9	6,8	1,6–29,6	**
15 (III–R)	323	9–13	3 мес.	6,5	5,3	5,9	6,5	4,8	5,3	0,89	0,11–7,1	СН
16 (IV)	317	10–14	3 мес.	8,2	3,8	33,3	7,2	15,4	2,8	6,4	1,8–23,0	**
17 (IV)	304	11–15	3 мес.	5,3	2,0	33,3	4,7	12,5	1,4	10,1	1,7–60,2	*
18 (IV)	289	12–16	3 мес.	4,2	3,8	27,3	3,2	25,0	2,9	11,2	2,5–49,4	**
19 (III–R)	986	15	6 мес.	10,8	12,8	—	—	—	—	3,2	1,8–5,5	*
20 (III–R)	2762	8–16	3 мес.	4,3	4,4	—	—	—	—	3,7	1,9–6,8	*

Исследование 1. (Anderson *et al.*, 1987).

Исследование 2. (McGee *et al* , 1990) Катамнестическое исследование 1

Исследование 3. (Feehan *et al* , 1994) Катамнестические исследования 1 и 2.

Исследование 4. (Kashani *et al* , 1987).

Исследование 5. (Costello *et al* , 1988).

Исследование 6. Costello, unpublished DISC DSM–III–R, диагнозы из пятилетнего катамнестического исследования 5.

Исследование 7. (Velez *et al* , 1989).

Исследование 8. (Velez *et al* , 1989) Катамнестическое исследование 7

Исследование 9. (Rhode *et al* , 1991).

Исследование 10 (Lewinsohn *et al* , 1993).

Исследование 11 (Bird *et al.*, 1993).

Исследования 12–15 (Angold *et al* , 1998) Сбор данных четыре раза в год.

Исследования 16–19. (Costello *et al.*, 1997) Сбор данных четыре раза в год.

Исследование 20. (Fergusson *et al.*, 1993a), приводятся значения P только как > или < 0,05.

Исследование 21. (Simonoff et al,, 1997), приводятся значения P только как > или < 0,05

которые обычно считаются частью спектра расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего расстройства. Другими словами, эти расстройства представляют собой огромную проблему для общественного здравоохранения.

Влияние возраста и пола на расстройство поведения

Как мы отмечали, в течение последних 70 лет обычно выяснялось, что проявления расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства более типичны для мальчиков, чем для девочек. Однако меньше внимания уделялось широким колебаниям частоты отдельных симптомов расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства в зависимости от пола. Например, девочки крайне редко принуждают мальчиков вступить с ними в сексуальный акт, но мы не думаем, что будет такое огромное различие в частоте лживости между полами! Кроме того, вполне вероятно, что гендерные различия выявляются реже при оппозиционно-вызывающем расстройстве (DSM), чем при расстройстве поведения (DSM). Например, в исследовании GSMS отношение шансов (ОШ) полов для оппозиционно-вызывающего расстройства (DSM–IV) составляло 1,2, для расстройства поведения (DSM–IV) — 2,9. Кроме того, создается впечатление, что гендерные различия обусловлены в основном агрессией, а не расстройством поведения. Получены данные о том, что различия в показателях неагрессивного расстройства поведения между мальчиками и девочками невелики или даже отсутствуют (Lahey *et al.*, in press; Zoccolillo, 1993). Начало расстройства поведения в подростковом возрасте (при котором обычно меньше проявляется агрессия) также может быть абсолютно одинаково представлено среди мальчиков и среди девочек (McGee *et al.*, 1992). Кроме того, необходимо иметь в виду, что определение расстройства поведения по DSM основывается на особенностях поведения мальчиков, и мы можем просто не измерить важные аспекты антисоциального поведения у девочек (Zoccolillo, 1993). Zoccolillo и коллеги (1996) установили, что критерии расстройства поведения в DSM–III–R не позволяют выделить группу девочек с ранним началом значительно выраженных проявлений антисоциального поведения, но уменьшение количества диагностических критериев до двух симптомов, а также добавление нарушения правил к критериям расстройства поведения повысили частоту диагноза до 35% среди девочек с выраженными проявлениями антисоциального поведения и только до 1% у девочек, у которых не было стойких проявлений антисоциального поведения. Разумеется, наличие различных критериев одного и того же расстройства у представителей разного пола вызывает вопросы относительно того, одно и то же ли расстройство выявляется у мальчиков и девочек, но, возможно, это лучше, чем вовсе не выявлять антисоциальное поведение у многих девочек.

Вопрос влияния возраста на расстройство поведения / оппозиционно-вызывающее расстройство как на диагноз может, в принципе, вводить в заблуждение. Есть основания утверждать, что расстройство поведения в соответствии с критериями DSM–IV чаще наблюдается у 15-летних детей, чем у шестилетних. Однако это происходит по той причине, что при разработке DSM–IV пошли по пути выделения антисоциальных действий, совершаемых старшими детьми, в расстройство поведения, тогда как антисоциальные поступки, характерные для младших детей, были включены в оппозиционно-вызывающее расстройство (Campbell, 1990; Farrington, 1986; Farrington *et al.*, 1990;

Hinshaw *et al.*, 1993; Le Blanc & Fréchette, 1989; Loeber, 1988; Loeber *et al.*, 1991). В МКБ–10 такое разделение не проводилось, поэтому возможно совершенно разное возрастное распределение в зависимости от используемых нами диагностических критериев. Однако на самом деле ситуация еще более сложная. Рассмотрим, например, такие симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства (DSM), как «спорит с взрослыми», «надоедливый» и «чрезмерно раздражительный». На рис. 6.3 отражены частота этих симптомов по данным GSMS в зависимости от возраста. С возрастом ребенок чаще вступает в споры; значимое влияние возраста на вспыльчивость или легко возникающую раздражительность отсутствует; с возрастом ребенок становится менее надоедливым. Неудивительно, что в период между 10 и 16 годами (общее отношение шансов для возраста составляет 0,996) отсутствует значимое влияние возраста на диагноз «оппозиционно-вызывающее расстройство» (DSM–IV). Аналогичная ситуация отмечается и при симптомах расстройства поведения (DSM). Дело в том, что у детей с расстройством поведения выявляются разные симптомы в разном возрасте, поэтому характер влияния возраста на фиксированные наборы симптомов будет полностью зависеть от того, какие симптомы мы включим для диагностики, независимо от реального влияния возраста на процессы, порождающие эти симптомы. Если подразумевается, что диагноз отражает наличие психопатологических процессов, лежащих в основе манифестных симптомов, тогда простое одномоментное подсчитывание симптомов одним и тем же способом в каждом возрасте несомненно будет несовершенным способом определения «истинного» диагноза независимо от того, используются ли «эмпирически выведенные» на основе опросников синдромы или диагнозы в соответствии с критериями DSM либо МКБ.

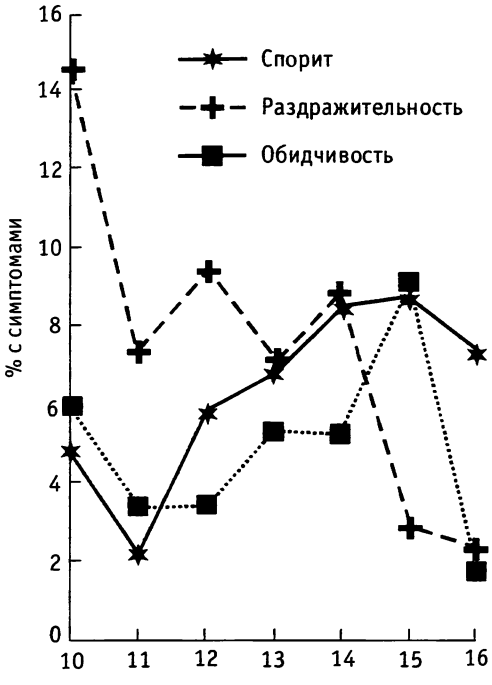


Рис. 6.3. Показатели симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства в зависимости от возраста по результатам GSMS

Из табл. 6.2 следует, что дети в возрасте до семи лет не представлены в показателях распространенности расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства. Причина в том, что обе классификации (DSM и МКБ) для диагностики указанных расстройств и отграничения их от других расстройств основываются на исследованиях детей старшего возраста и на клиническом опыте работы с ними. Мы просто не знаем, какие специфические критерии для диагностики этих расстройств должны быть у дошкольников, и даже неизвестно, можем ли мы в этом возрасте провести границу между оппозиционно-вызывающим расстройством и гиперактивным расстройством с дефицитом внимания. Исследования с использованием факторного анализа показали, что выраженное различие между синдромом де-

зорганизованного поведения и аффективным синдромом (экстернализованным и интернализованным) выявляется у детей младшего возраста, однако кроме этого в отношении классификации не достигнуто существенного согласия (см. полезный обзор Campbell, 1990; 1995). Выдвинуто предположение, что среди детей с дезорганизованным поведением в дошкольном возрасте отмечается незначительное преобладание мальчиков. Однако, как мы уже знаем, соотношение полов, по-видимому, зависит от того, в какой степени дезорганизованное расстройство определяется физической агрессией; кроме того, соотношение полов при оппозиционно-вызывающем расстройстве в старшем детском и подростковом возрасте приближается к единице. Мы все же не уверены в том, что с возрастом соотношение полов при дезорганизованном поведении существенно меняется. Но нам известна реально существующая последовательность, начиная с ранних особенностей трудного характера, далее гиперактивное расстройство с дефицитом внимания и оппозиционность и заканчивая нарушениями поведения в старшем детском и подростковом возрасте (Campbell, 1995). Известно также, что нарушения поведения так же распространены среди дошкольников, а возможно еще больше, чем в старших возрастных группах (Lavigne *et al.*, 1996).

В зрелом возрасте мы снова сталкиваемся с проблемами определений, которые осложняют анализ непрерывности и прерывности антисоциального поведении. Диагностические критерии антисоциального расстройства личности требуют, чтобы нарушения поведения отмечались в подростковом возрасте, а диагноз «расстройство поведения» в соответствии с критериями DSM–IV исключает диагноз «оппозиционно-вызывающее расстройство», тогда как в МКБ–10 два диагноза трактуются как одна категория. Все эти диагностические правила подтверждают хорошо установленный факт, что существует траектория развития, начиная от проявлений оппозиционного поведения в детском возрасте, далее расстройство поведения в подростковом и заканчивая антисоциальным расстройством личности (Farrington, 1995; Fergusson *et al.*, 1996a; Loeber *et al.*, 1991, 1992, 1995; Robins, 1974, 1978). Кроме того, установлено, что эта траектория со временем суживается: детей с проявлениями оппозиционного поведения больше, чем подростков с расстройством поведения, которых, в свою очередь, больше, чем взрослых с антисоциальным расстройством личности. Ограничившись детским и подростковым возрастом и тем самым связью между оппозиционно-вызывающим расстройством и расстройством поведения, мы обнаружим, что в небольшом количестве литературных источников, в которых сравниваются корреляты этих двух расстройств, установлено, что они похожи, если учитывать данные шкалы самоуважения (Self-esteem Scale — SES), семейный анамнез и нарушения, однако связь этих факторов с расстройством поведения более сильная (Faraone *et al.*, 1997; Frick *et al.*, 1992; Loeber *et al.*, 1991; Rey *et al.*, 1988). Получены бесспорные доказательства того, что оппозиционно-вызывающее расстройство нередко является возрастным прекурсором расстройства поведения, часто рассматривающегося как более поздняя и более тяжелая манифестация процесса, который ранее проявлялся как оппозиционное поведение. Для разграничения оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения иногда применяют методы оценки психопатологических проявлений с помощью опросников, объединяемые с факторным анализом отдельных признаков, при этом получают интересные результаты. Например, Frick и коллеги (1991) установили, что «нападки на слабых» (симптом расстройства поведения) постоянно нагружали фактор «оппозиционно-вызывающее расстройство», тогда как «драчливость» и «лживость» (также симптомы расстройства поведения) в

равной степени нагружали оба фактора — «оппозиционно-вызывающее расстройство» и «расстройство поведения». В другом сообщении о том же исследовании (Loeber *et al.*, 1995) указано, что драчливость была единственным из всех симптомов расстройства поведения, который оказался наилучшим прогностическим фактором полностью сформировавшегося расстройства поведения. Это свидетельствует о том, что симптом «нападки на слабых» могут неправильно относить к диагностическим критериям, тогда как «драчливость» и «лживость» могут входить в оба набора критериев, если их необходимо учитывать раздельно.

Подобные размышления, а также готовность учитывать симптомы, не включенные в DSM в определения оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения, позволили Loeber и коллегам (Loeber *et al.*, 1993; Russo *et al.*, 1994) предложить заменить эти диагнозы тремя категориями, упорядоченными как во времени, так и по степени тяжести. Авторы назвали их «модифицированное оппозиционное расстройство», «промежуточное расстройство поведения» и «полностью сформировавшееся расстройство поведения». С другой стороны, некоторые исследователи (Achenbach & McConaughy, 1993; Quay, 1986, 1993) утверждали (с достаточным основанием), что диагностика как оппозиционно-вызывающего расстройства (DSM), так и расстройства поведения (DSM) некорректна, потому что оба содержат много разных признаков и, следовательно, должны рассматриваться как отдельные размерности агрессии и делинквентности.

Однако не следует забывать о том, что у некоторых индивидов довольно выраженные проявления расстройства поведения начинают манифестировать в подростковом (или даже в зрелом) возрасте без признаков антисоциального поведения в прошлом (Loeber, 1988; Moffitt, 1990; Moffit *et al.*, 1996), причем в такой группе исходы в зрелом возрасте явно лучше, чем в группе с ранним появлением признаков этого расстройства. В этом случае возраст начала становится значимым, потому что он четко представлен в диагностических критериях, а не только оказывает скрытое влияние вследствие отбора критериев в зависимости от распределения по определенному возрасту.

Хватит о различиях между оппозиционно-вызывающим расстройством и расстройством поведения в соответствии с критериями DSM–IV. Теперь обсудим различия между оппозиционно-вызывающим расстройством / расстройством поведения и другими психическими расстройствами, а также проблемы, обусловленные широким диагностированием сопутствующих расстройств.

Проблема коморбидности

Мы уже знаем, что выявленные с помощью опросников интернализованные и экстернализованные синдромы коррелируют друг с другом (Garnefski & Diekstra, 1997; McConaughy & Achenbach, 1994; Verhulst & van der Ende, 1993). Другими словами, существуют неопровержимые доказательства «коморбидности» в отношении синдромов, выделенных с помощью статистических методов. В исследованиях, в которых использовалась МКБ, также приводятся доказательства в пользу частой диагностики сопутствующих расстройств.

Смешанное расстройство поведения и эмоций было третьим наиболее распространенным диагнозом в исследовании в Isle of Wight и в других подобных ему исследованиях, в которых впервые проводилось интервью с детьми в возрасте 10–11 лет (Rutter &

Graham, 1996) и повторно — в 14–15-летнем возрасте (Graham & Rutter, 1973; Rutter *et al.*, 1970). Смешанное расстройство диагностировалось в 14 раз чаще, чем ожидалось на основании распространенности отдельных расстройств в возрасте 10–11 лет, и в восемь раз чаще, чем это ожидалось в возрасте 14–15 лет. В похожем исследовании, проведенном в центральном административном районе Лондона, все расстройства диагностировались чаще, чем в исследовании в Isle of Wight, тогда как смешанные расстройства отмечались в три раза чаще, чем ожидалось в соответствии с вероятностным прогнозом. В Мангеймском исследовании было установлено, что расстройство поведения выявлялось у 1,8% восьмилетних детей по сравнению с 8,4% в возрасте 13 лет (Esser *et al.*, 1990). Смешанные расстройства у детей из Мангейма отмечались в девять раз чаще, чем ожидалось в соответствии с вероятностным прогнозом в возрасте восьми лет, и в четыре раза чаще в возрасте 13 лет, когда они занимали третье место среди наиболее распространенных диагнозов (Esser *et al.*, 1990; Laucht & Schmidt, 1987). Vikan (1985) также сообщал о том, что смешанные расстройства в Норвегии занимали третье место среди наиболее распространенных расстройств; они диагностировались чаще, чем прогнозировалось либо расстройство поведения, либо невротическое расстройство. В исследовании, проведенном во Франции, Fombonne (1994) выявил детей со смешанными расстройствами поведения и эмоций, количество которых свидетельствует о том, что коморбидность отмечалась гораздо чаще, чем ожидалось в соответствии с вероятностным прогнозом.

Частота диагностирования сопутствующих расстройств по данным общепопуляционных исследований с использованием DSM

В этом разделе мы проводим обзор литературы по вопросу о коморбидности с расстройством поведения / оппозиционно-вызывающим расстройством, при этом для диагностики расстройств использовались три последних издания DSM. В табл. 6.2 перечислены последние популяционные исследования, в которых использовались стандартизованные психиатрические интервью с родителями и детьми, чтобы сформулировать диагнозы в соответствии с критериями DSM–III, DSM–III–R или DSM–IV. В исследованиях установлена частота коморбидности между расстройствами, что позволило определить суммарные отношения шансов для пар расстройств или для типов расстройства. Обратите внимание на то, что суммарное отношение шансов имеет полезное свойство не изменяться в зависимости от «направления» вопроса о коморбидности — оно имеет такое же значение независимо от того, задается вопрос «каковы относительные шансы иметь А при наличии Б или без Б» или вопрос «каковы относительные шансы иметь Б при наличии А или без А». Приведем единые значения ОШ, суммирующие коморбидность: 10,7 (95%-й ДИ = 7,7–14,8) — с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания; 6,6 (95%-й ДИ = 4,4–11,0) — с депрессией и 3,1 (95%-й ДИ = 2,2–4,6) — с тревогой. Сравнение 95%-ного доверительного интервала в отношении этих значений показало, что отношение шансов коморбидности с тревогой было гораздо ниже, чем коморбидности с депрессией или с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания. В настоящее время ясно, что коморбидность не является именно результатом систематической ошибки, связанной с направлением к специалисту, эффектом авторитета экспертов, использования множества информантов, присутствия неспецифических симптомов в наборах критериев многих диагнозов (Angold *et al.*, in press) или отдельных симптомов, дающих повод кодировать многочисленные симпто-

мы, сообщаемые многочисленными информантами. Последние данные свидетельствуют о том, что коморбидность между расстройством поведения / оппозиционно-вызывающим расстройством и тревожными расстройствами может быть эпифеноменом связи между тревогой и депрессией и тревогой и гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, когда оба эти состояния также ассоциируются с расстройством поведения / оппозиционно-вызывающим расстройством (Angold *et al.*, 1999). Другими словами, независимая связь между расстройством поведения / оппозиционно-вызывающим расстройством и тревогой может отсутствовать, если не отмечается сопутствующая депрессия или гиперактивное расстройство с дефицитом внимания.

Значение коморбидности

Учитывая то, что высокие показатели коморбидности свидетельствуют о реальной связи между симптомами предположительно различных расстройств, мы должны выяснить, что именно может означать эта связь. Возможно, кажущаяся коморбидность является следствием современных диагностических правил, порождающих множественные ошибочные диагнозы у индивидов с очень большим количеством симптомов. Причина в том, что в соответствии с диагностическими правилами и МКБ, и DSM симптомы общего «измерения антисоциальных проявлений» разделены произвольно, поэтому индивиды с множеством симптомов (т. е. с более тяжелыми нарушениями) соответствуют критериям нескольких расстройств.

Коморбидность как признак тяжести

У индивидов, страдающих гиперактивным расстройством с дефицитом внимания в сочетании с оппозиционно-вызывающим расстройством или с расстройством поведения, по сравнению с детьми с «чистым» расстройством поведения наблюдаются более выраженные симптомы расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства (Hinshaw *et al.*, 1993; Kuhne *et al.*, 1997; Offord *et al.*, 1979; Walker *et al.*, 1987), более тяжелая психопатологическая симптоматика у родителей, конфликты с родителями, отвержение ровесниками, проблемы в школе и трудности психосоциального функционирования (Abikoff & Klein, 1992; Carlson *et al.*, 1997; Fletcher *et al.*, 1996; Johnston & Pelham, 1986; Kuhne *et al.*, 1997; Lahey *et al.*, 1988; Milich & Dodge, 1984; Reeves *et al.*, 1987; Schachar & Wachsmuth, 1990), а также более неблагоприятные исходы, чем у индивидов, страдающих только гиперактивным расстройством с дефицитом внимания либо имеющих только нарушения поведения (Barkley, 1990; Lyons *et al.*, 1988; Satterfield & Schell, 1997; см. обзор Taylor *et al.*, 1996).

Получены данные, указывающие на то, что депрессия почти не влияет на течение расстройства поведения (Capaldi, 1992; Zoccolillo, 1992), хотя высказываются предположения о том, что расстройство поведения может коррелировать с более тяжелыми сопутствующими депрессивными расстройствами (Marriage *et al.*, 1986; Noam *et al.*, 1994; Rudolph *et al.*, 1994), но, возможно, с меньшим риском того, что депрессия будет непрерывно продолжаться и переходить в период зрелого возраста (Harrington *et al.*, 1991). С другой стороны, отмечаются сильные корреляции сочетания расстройства поведе-

ния и депрессии с самоубийством, особенно при сопутствующем употреблении алкоголя (Andrews & Lewinsohn, 1992; Brent *et al.*, 1988, 1990, 1993a, 1993b; Lewinsohn *et al.*, 1994; Martunnen *et al.*, 1991; Rhode *et al* , 1991; Shaffer, 1993; Shaffer & Fisher, 1981).

Расстройство поведения в сочетании с тревожным расстройством сопровождалось менее выраженными нарушениями (Walker *et al.*, 1991), а также, возможно, более низкими показателями агрессии и насильственных правонарушений (Hinshaw *et al.*, 1993), по меньшей мере у детей младшего возраста, а также коррелировало с более высокой концентрацией кортизола в вечерней слюне, чем у детей только с расстройством поведения или только с тревожным расстройством (McBurnett *et al.*, 1991). С другой стороны, в нескольких исследованиях отмечается, что такие характерные особенности, как застенчивость и социальная самоизоляция, имеют неблагоприятные последствия для детей с нарушениями поведения (см. обзор Loeber & Keenan, 1994).

Кроме того, наиболее отчетливо показано, что сочетание расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания — крайне неблагоприятная комбинация, но было бы неправильно делать вывод, что коморбидность представляет собой не более чем маркер общей тяжести проявлений антисоциального поведения.

Сочетание расстройств поведения и эмоциональных расстройств: являются ли вторые лишь частью первых, вызывает ли расстройство поведения депрессию или же расстройство поведения и депрессия имеют общие либо взаимосвязанные причины?

Другой подход к объяснению коморбидности основывается на возможной возрастной связи между сопутствующими расстройствами. В глубоком обзоре исследований по изучению связи между расстройством поведения и депрессивным и эмоциональным расстройствами в разном возрасте Zoccolillo (1992) пришел к заключению, что при нынешнем уровне знаний отдельные расстройства следует диагностировать тогда, когда наблюдаются состояния, сопутствующие расстройству поведения, и решительно отвергал диагноз «депрессивное расстройство поведения» по МКБ–10. Рассматривая очень ограниченные данные, объясняющие коморбидность при расстройстве поведения, автор пришел к выводу, что лучше всего рассматривать расстройство поведения как «расстройство, состоящее из множества дисфункций», при этом депрессия и тревога являются следствием дисрегуляции аффекта, а расстройство поведения, вероятно, представляется формой дисрегуляции социального функционирования. Учитывая приведенные данные, этот вывод, по-видимому, следует применять только к стойким нарушениям поведения, сохраняющимся на протяжении жизни. Автор приводит перечень основных фактов: (1) чем тяжелее проявления антисоциального поведения, тем выше вероятность коморбидности с неантисоциальными расстройствами; (2) расстройство поведения только служит прогностическим фактором аффективного расстройства у взрослых индивидов, у которых в зрелом возрасте наблюдаются стойкие проявления антисоциального поведения; (3) расстройство поведения коррелирует с более ранним началом аффективных расстройств — примерно в то же время, когда появляются первые симптомы расстройства поведения. Необходимо провести много дополнительных исследований, чтобы получить убедительные доказательства по каждому из этих утверждений, но они также допускают альтернативное объяснение, а именно расстройство поведения вызывает аффективные

расстройства. Дети с расстройством поведения и агрессивностью часто интерпретируют действия других людей во время контактов как враждебные (Quiggle *et al.*, 1992), имеют проблемы во всех видах социальных отношений, плохо ведут себя в школе, вступают в серьезные конфликты с органами власти и часто слышат от других, что они плохие. Данные литературы о значимых событиях, постоянных трудностях и ссорах, а также об особенностях когнитивного функционирования при депрессии свидетельствуют о том, что эти корреляты расстройства поведения могли бы вызывать депрессию (версию этой модели см. у Capaldi, 1992). Fergusson и коллеги (1996*b*) приводят результаты проверки этой гипотезы. Они подбирали модели структурных уравнений для своих общепопуляционных данных, чтобы проверить две разные гипотезы о том, что связь между расстройством поведения и депрессией была следствием корреляций между факторами риска для двух расстройств или следствием реципрокной причинности. Авторы не подтвердили предположение о том, что каждое из двух расстройств вызывало другое, но отмечали, что существенную долю ковариации между ними можно было бы объяснить наличием у них общих или взаимосвязанных факторов риска. Как следует из результатов этого исследования, полезно получать количественные оценки коморбидности у индивидов чаще, чем на один момент времени, кроме того, предлагается аналитический метод, который можно было бы использовать для работы с данными нескольких общепопуляционных исследований, приведенных в табл. 6.2.

Альтернативный подход, предусматривающий непосредственное статистическое сравнение корреляций факторов риска, оценивавшихся в детском возрасте, с интернализованными и экстернализованными нарушениями, а также со злоупотреблением психоактивными веществами, оценивавшимся восемь лет спустя, применен в исследовании Cohen и коллег (1990). В этом исследовании установлено, что некоторые факторы риска были «общими» для более чем одного последствия расстройства. Например, психическое заболевание и повторный брак родителей коррелировали как с интернализованными, так и с экстернализованными расстройствами. Другие факторы сравнительно «специфические» лишь для одного вида. Например, частая перемена места жительства было защитным фактором против злоупотребления психоактивными веществами, но мало влияла на интернализованные и экстернализованные нарушения. Социальная изоляция семьи коррелировала только с интернализованными нарушениями. Основное достоинство этого исследования состоит в том, что оно предусматривало одновременную проверку влияния многих факторов риска на многие последствия, оценивавшиеся в различные моменты времени. В настоящее время доступно множество статистических методов обработки комплексных данных лонгитудинальных исследований, и, хотя нередко трудно точно решить, как ввести эффекты коморбидности в такие модели, этот подход заслуживает более широкого внедрения.

Расстройства и их подтипы, определяемые по характеру коморбидности

Два «комбинированных» состояния, о которых получено больше всего подтверждающих данных научных исследований, — это гиперкинетическое и депрессивное расстройства поведения. Однако важно отметить, что данные, обычно приводимые в пользу этих двух категорий, разнятся. Депрессивное расстройство поведения подтверждается доводами в пользу того, что психосоциальные и генетические корреляты и исходы для этой комбинированной диагностической категории больше напоминают таковые при

расстройстве поведения, чем при депрессии, поэтому депрессивное расстройство поведения по существу является формой расстройства поведения. По сути, комбинированная форма не отличается от расстройства поведения (Esser *et al.*, 1990; Harrington *et al.*, 1991; Renouf *et al.*, 1997; Steinhausen & Reitzle, 1996). Одновременно получены данные о том, что депрессия при депрессивном расстройстве поведения отличается от других форм депрессии (хотя есть также данные о том, что они могут не так уж сильно различаться; Fleming *et al.*, 1993; Kovacs *et al.*, 1988).

С другой стороны, данные в пользу того, чтобы рассматривать отдельный подтип гиперкинетического расстройства поведения (его, возможно, лучше было бы называть «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания и с расстройством поведения»; Jensen *et al.*, 1997), свидетельствуют в том, что это состояние отличается как от других форм гиперактивного расстройства с дефицитом внимания, так и от других форм расстройства поведения. Этот процесс начался с клинических исследований, подтверждающих высокую частоту коморбидности в клинических популяциях детей с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, что позволило исследователям предположить вероятность существенных различий в природе комбинированных и «чистых» расстройств (Biederman *et al.*, 1991; Jensen *et al.*, 1997; Munir *et al.*, 1987; Schachar & Logan, 1990). Приведенные выше данные о том, что гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, сопутствующее расстройству поведения, имело особенно неблагоприятный исход, усиливают эти аргументы (Taylor, 1994). Более поздние семейные исследования увеличили весомость доводов. В них получены убедительные доказательства того, что антисоциальное и депрессивное расстройства, а также расстройство, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами, чаще отмечаются у родителей детей с сочетанным гиперактивным расстройством с дефицитом внимания и расстройством поведения / оппозиционно-вызывающим расстройством, чем у родителей детей с «чистым» гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, однако отсутствуют бесспорные данные о том, что гиперкинетическое расстройство поведения является особым семейным подтипом (см. Faraone *et al.*, 1997). Результаты Вирджинского близнецового исследования по изучению формирования поведения подростков также позволяют предположить общий генетический компонент, лежащий в основе гиперкинетического расстройства поведения и расстройства поведения у мальчиков младшего возраста (Silberg *et al.*, 1996*a*, 1996*b*), но более слабую генетическую предрасположенность к «чистому» антисоциальному поведению. С другой стороны, данные, полученные в некоторых лонгитудинальных исследованиях, не подтвердили гипотезу о подтипе (например, Taylor *et al.*, 1996), а наличие нарушений поведения почти не влияет на нейропсихическое функционирование испытуемых с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания и на их реагирование на лекарственные препараты (Abikoff & Klein, 1992; Schachar & Rannock, 1995; Seidman *et al.*, 1995). По меньшей мере, можно также считать, что некоторые данные подтверждают мнение о том, что гиперактивное расстройство с дефицитом внимания и антисоциальное поведение — это «различные стадии манифестации одного и того же процесса, лежащего в их основе» (Rutter, 1997), другими словами, они отражают гетеротипическую непрерывность единого основного заболевания.

Мы как специалисты в этой области используем подход, не вызывающий сомнений и позволяющий решить, являются ли эти расстройства отдельными состояниями. Он основан на выявлении различий между предполагаемыми расстройствами на многих уровнях (Cantwell, 1995; Robins & Guze, 1970; Rutter, 1978). В соответствии с этим подходом

невозможность дифференцировать «чистое» расстройство поведения и депрессивное расстройство поведения служит доказательством того, что последнее не является состоянием, отдельным от первого, как указывали Steinhausen и Reitzle (1996). Но в случае гиперкинетического расстройства поведения приводится довод, что при комбинированном расстройстве компоненты «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания» и «расстройство поведения» различаются. По логике, это позволяет выделить новую подкатегорию, когда в комбинированной форме по сравнению с «чистой» отличается только один из компонентов, а расстройство, в котором оба компоненты различные, следует с уверенностью рассматривать как отдельное расстройство. Согласно этому правилу данные о сочетании гиперактивного расстройства с дефицитом внимания и расстройства поведения служат доказательством в пользу установления отдельного диагноза, основанного на коморбидности. Эта рабочая гипотеза, вероятно, соответствовала бы мнению Zoccolillo о «расстройстве из множества дисфункций» (Zoccolillo, 1992).

Сочетание со злоупотреблением психоактивными веществами: являются ли время начала или коморбидность предикторами исхода в зрелом возрасте?

Другая сфера, в которой основной спор о связи между расстройствами ведется вокруг возраста начала, касается связи между злоупотреблением психоактивными веществами и другими психическими расстройствами. Во многих ретроспективных исследованиях отмечалась связь между ранним началом употребления психоактивных веществ и последующим постоянным или проблемным употреблением (Andreasson *et al.*, Fleming *et al.*, 1982; Kandel *et al.*, 1986; Kaplan *et al.*, 1986; Mills & Noyes, 1984; Robins & Murphy, 1967; Robins & Przybeck, 1985: Robins & Ratcliff, 1980; Tubman *et al.*, 1990; Welte & Barnes, 1985; Yamaguchi & Kandel, 1984). Например, Anthony и Petronis (1995) тонко использовали данные Эпидемиологического исследования района, чтобы показать, что у взрослых риск возникновения проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, имеет линейную связь с возрастом начала. При этом среди взрослых, которые сообщали о начале употребления психоактивных веществ до 13 лет, он в два раза выше, чем у тех, кто впервые начал употреблять после 17 лет. Интервал времени между первым употреблением и проблемным употреблением составлял около четырех лет, независимо от возраста первого употребления. Следует отметить, что мы не могли обнаружить ни одного проспективного исследования, в котором были бы проверены ретроспективные данные Anthony и Petronis о линейной связи между возрастом начала и вероятностью проблемного употребления психоактивных веществ у взрослых. В большинстве проспективных исследований просто сравниваются особенности дальнейшего употребления психоактивных веществ у лиц, которые рано начали употреблять психоактивные вещества, и у тех, кто не употреблял их в детском возрасте, но все же указывается на отрицательное влияние раннего употребления, которое в дальнейшем приводит к проблемному употреблению (Anderson *et al.*, 1989; Boyle *et al.*, 1992; Stein *et al.*, 1987; Van Kammen *et al.*, 1991; Windle, 1990; Zucker & Gomberg, 1986).

Многочисленные опросы и диагностические исследования наглядно продемонстрировали связь между употреблением алкоголя и других психоактивных веществ в подростковом возрасте и различными формами психопатологической симптоматики, включая низкую самооценку, высокие показатели по шкале депрессии, антисоциальное

поведение, протестное поведение, агрессивность, криминальное поведение, делинквентность, прогулы занятий и плохую успеваемость в школе, расстройство поведения, тревожные расстройства, депрессивные расстройства, самоубийство и гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (см. Angold *et al.*, 1999). Фактически многие исследования по изучению антисоциального поведения включают как один из ряда возможных симптомов раннее употребление психоактивных веществ (Elliot *et al.*, 1984; Farrel & Taylor, 1994; Farrington, 1983; Hammersley *et al.*, 1990; Moffitt, 1993), хотя в DSM–IV оно трактуется как сопряженный симптом. Установлено, что у детей, у которых в дальнейшем формируется проблемное употребление алкоголя или других психоактивных веществ, отмечаются высокие показатели выбывания из школы, протестного поведения, плохой успеваемости, антисоциального поведения, агрессивного поведения, делинквентности и семейных проблем (Angold *et al.*, 1999).

В исследованиях по изучению распределения нарушений во времени обычно устанавливали, что развитие других психических расстройств предшествует началу проблемного употребления алкоголя или других психоактивных веществ (Boyle *et al.*, 1992; Ellickson & Hays, 1991; Elliot *et al.*, 1988; Gittelman *et al.*, 1985; Rohde *et al.*, 1996; Van Kammen & Loeber, 1994). Однако это может происходить из-за того, что для формирования злоупотребления психоактивными веществами или зависимости от них в соответствии с критериями DSM требуется больше времени, чем для манифестации других расстройств. Loeber (1988, pp. 94–5) подытоживает данные относительно делинквентности таким образом: «Несовершеннолетние правонарушители различного типа начинают употреблять психоактивные вещества в почти вдвое большем объеме после вовлеченности в делинквентную деятельность по сравнению с теми, кто приступает к подобной деятельности после начала употребления психоактивных веществ». Однако можно было бы ожидать, что траектория девиантного поведения может переплетаться с траекторией вовлеченности в употребление психоактивных веществ (Friedman *et al.*, 1987). В статье Brook и соавторов (1998) описывается хороший пример. В течение всего времени между подростковым возрастом и ранним периодом взрослости они не выявили данных о том, что депрессивные и тревожные расстройства или расстройства поведения оказывали какое-либо влияние на употребление психоактивных веществ в дальнейшем, после того как подростки начали употреблять их. С другой стороны, употребление психоактивных веществ было связано с развитием депрессивных расстройств в дальнейшем. Как указывали авторы этого исследования, их данные не противоречат мнению о том, что более ранние нарушения в психической сфере (например, расстройство поведения в старшем детском или в младшем подростковом возрасте) коррелируют со злоупотреблением психоактивными веществами в дальнейшем. Действительно, их собственное более раннее исследование показало траектории развития, начиная от различных характеристик личности в детском возрасте и агрессии и заканчивая дальнейшим употреблением психоактивных веществ с прохождением стадии депрессивной симптоматики и нарушения правил поведения (Brook *et al.*, 1995*a, b*, 1996, 1997). Общие принципы развития (Costello & Angold, 1996) учат нас, что связь между расстройствами может изменяться со временем, когда устанавливаются паттерны реципрокного влияния между причинами и следствиями различных форм психической патологии.

Почти во всех этих исследованиях изучались только мальчики, поэтому необходимо больше внимания уделить изучению девочек, в особенности потому, что полученные данные свидетельствует о том, что у девочек употребление психоактивных веществ

может следовать за развитием депрессии или тревоги, а у мальчиков этот порядок обратный (Rohde *et al.*, 1996). Попутно следует также отметить, что исследования, результаты которых показывают, что гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, вероятно, ассоциируется с повышенным риском злоупотребления психоактивными веществами, также подтвердили, что эта связь опосредована высокой частотой расстройства поведения, возникающего при гиперактивном расстройстве с дефицитом внимания, а не прямым воздействием самого этого расстройства (Fergusson *et al.*, 1993*b*; Gittelman *et al.*, 1985; Loney, 1988) — снова-таки, вариант недостаточно социализированного агрессивного расстройства поведения.

Robins, используя данные двух катамнестических исследований и результаты Эпидемиологического исследования района, утверждает:

> «Злоупотребление психоактивными веществами — чрезвычайно редкое явление среди тех, у кого нет (ранних) нарушений поведения, не важно, насколько рано началось употребление психоактивных веществ. Однако чем раньше начинается употребление психоактивных веществ на каждом следующем уровне нарушения поведения, тем выше вероятность злоупотребления ими... Среди тех, кто впервые употребляет психоактивные вещества до 20-летнего возраста, количество нарушений поведения было лучшим предиктором злоупотребления ими, чем возраст начала (до или после 15 лет). Среди испытуемых с семью и более нарушениями поведения, начинающих употреблять психоактивные вещества до 15 лет, более чем у половины сформировалось злоупотребление ими; у лиц только с одним нарушением поведения злоупотребление отмечалось лишь у 5%. Когда употребление психоактивных веществ впервые начиналось в возрасте 15–19 лет, количество нарушений поведения все еще оказывало сильное влияние, но после внесения поправки на возраст первого употребления оно несколько уменьшалось» (Robins & McEvoy, 1990, p. 196).

Несмотря на многочисленные литературные источники, уже проанализированные в этом разделе, мы не находим никакого непосредственного проспективного теста, чтобы проверить этот важный вывод. Можно было бы также считать, что представленные нами данные указывают на то, что прогностическим признаком злоупотребления психоактивными веществами в дальнейшем является именно коморбидность нарушений поведения, а не возраст начала употребления сам по себе, а кажущийся эффект возраста начала — это следствие более раннего начала употребления их индивидами с нарушениями поведения (и возможно, с другими психическими расстройствами). Эти контрастные гипотезы можно непосредственно проверить, однако мы не обнаружили ни одного проспективного исследования, в котором бы преследовалась подобная цель.

Связанные с развитием подходы к расстройствам поведения

На сегодняшний день другой положительный момент состоит в том, что снова определенные усилия направлены на изучение отдельных симптомов, что было характерно для некоторых самых ранних исследований в сфере нарушений поведения у детей. Главная особенность современных исследований состоит в том, что они сосредоточиваются на изучении особенностей перехода от одного типа антисоциального поведения к другим по мере развития ребенка. В настоящее время в центре внимания — характерные траектории антисоциального поведения. Анализируя влияние возраста на расстройство поведения / оппозиционно-вызывающее расстройство, мы установили возрас-

тание количества доказательств в пользу того, что возраст возникновения антисоциального поведения является важным фактором при разграничении подтипов расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства. Формирование антисоциального поведения детского возраста начинается в раннем детстве с оппозиционности, прогрессирует до появления ранних симптомов расстройства поведения, таких как лживость и воровство, а также включает выраженный компонент агрессии (Hinshaw *et al.*, 1993; Lahey *et al.*, 1998; McGee *et al.*, 1992; Moffitt *et al.*, 1996). Такая закономерность более характерна для мальчиков, чем для девочек. Во многих отношениях эта группа соответствует более ранней формулировке «недостаточно социализированное, агрессивное расстройство поведения» (Hewitt & Jenkins, 1946; Quay, 1993), однако суть этой формулировки дополняют такие компоненты, как агрессия и нарушения межличностных отношений. Но оба подхода основываются на данных о том, что расстройство поведения с ранним началом коррелирует с высокими показателями нейропсихических расстройств, например с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, более низким коэффициентом интеллекта и другими признаками недостаточности когнитивного функционирования (Moffitt, 1993; Moffitt & Lynam, 1992; Quay, 1993). В отличие от этой группы с ранним началом, антисоциальное поведение с началом в подростковом возрасте характеризуется более благоприятным прогнозом, лучшим социальным функционированием, более редкими проявлениями открытой агрессии, более равномерным представительством полов, а также практическим отсутствием признаков недостаточности когнитивного функционирования (Hinshaw *et al.*, 1993; Lahey *et al.*, 1998; McGee *et al.*, 1992; Moffitt, 1993; Quay, 1993). Эта группа во многих отношениях соответствует представлению о «социализированной делинквентности» (Hewitt & Jenkins, 1946). Однако мы должны помнить о наличии убедительных данных о том, что, по данным анамнеза, только у меньшинства агрессивных индивидов не было проявлений агрессии в раннем возрасте (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1997), а простое деление на расстройство поведения с «ранним» и «поздним» началом является чрезмерным упрощением сложной проблемы выделения подтипов.

Дифференцирование разных траекторий развития, которое получило эмпирическое подтверждение, — это разграничение между формированием «открытых» антисоциальных действий (обычно включающих прямую конфронтацию или угрозу причинить физический вред) и «скрытых» антисоциальных действий (например, ложь и воровство) (Loeber & Hay, 1994; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1997). В Питтсбургском исследовании подростков получены очень интересные данные по этому вопросу. Новая модель, предложенная Loeber и Stouthamer-Loeber (1997), предусматривает, что у мальчиков следует учитывать три основные траектории формирования поведения: «(а) траектория открытых форм поведения, начинающаяся с незначительных проявлений агрессии, за которыми следовали драки, в свою очередь сопровождавшиеся насилием; (б) траектория скрытых форм поведения, состоящая из последовательности незначительных скрытых проявлений поведения, за которыми следовали причинение имущественного ущерба (поджоги или вандализм), а также умеренные или тяжелые формы делинквентности; (в) траектория конфликтов с авторитетными лицами до достижения 12-летнего возраста, состоящая из последовательности таких проявлений, как упрямство, вызывающее поведение и избегание авторитетных лиц (прогулы занятий в школе, побеги, случаи возвращения домой поздно ночью)». Количество индивидов, у которых траектории завершаются более тяжелыми расстройствами, постепенно умень-

шается, а лица с наиболее выраженными расстройствами демонстрируют антисоциальные формы поведения, характерные для множественных траекторий формирования поведения (варианты недостаточно социализированного, агрессивного расстройства поведения). Другая важная особенность этих траекторий заключается в следующем: по мере их прохождения индивиды обычно сохраняют прежние формы антисоциального поведения, так что постепенно возрастает не только «тяжесть» проявляемых форм поведения, но и их разнообразие у того или иного индивида. Состоящая из трех частей общая модель Loeber недавно получила довольно существенную поддержку благодаря результатам проводившегося анализа баз данных, полученных в двух других крупных лонгитудинальных исследованиях (Tolan & Gorman-Smith, 1997).

По-видимому, в настоящее время почти нет сомнений в том, что существует спектр различных возрастных траекторий или «подтипов» в рамках оппозиционно-вызывающего расстройства / расстройства поведения, при этом для них характерны различные паттерны начала, феноменологии, изменений симптоматики этих расстройств, а также паттерны сопутствующей патологии.

Повышается ли распространенность расстройства поведения?

Нет сомнения в том, что в настоящее время в США уровень привлечения к судебной ответственности за серьезные и насильственные преступления среди несовершеннолетних гораздо выше, чем он был в 1950-х годах, также все чаще сообщается о виктимизации (регистрация в качестве потерпевшего) несовершеннолетних (Farrington & Loeber, 1998; Loeber, 1990). Поэтому логично предположить, что больше подобных правонарушений совершают именно несовершеннолетние американцы. Аналогичная ситуация наблюдается и в западноевропейских странах и подтверждается соответствующей статистикой. Хотя можно утверждать, что это возрастание показателей можно частично объяснить повышением показателей раскрываемости преступлений, арестов и судебного преследования несовершеннолетних (Loeber *et al.*, 1998), вряд ли это полностью объясняет положение дел. Если индивидов, которые достигают «конечной точки» определенных возрастных траекторий антисоциального поведения, становится все больше, тогда резонно предположить, что на более ранних этапах траекторий их могло бы быть больше; другими словами, возрастание уровня преступности среди несовершеннолетних отражает повышение распространенности расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства среди несовершеннолетних. Но можно ли подтвердить последнюю точку зрения? Не совсем. В 1950–1970-х годах не проводились сопоставимые исследования по изучению показателей расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства, таких как диагноз или даже четко сопоставимые наборы симптомов. Это не позволяет нам выполнить непосредственные сравнения. Наилучшее приближение к такому сравнению обеспечивается повторной стандартизацией Контрольного перечня вопросов для оценки поведения детей. При этом было установлено, что в 1989 году среди американских детей отмечались более высокие показатели экстернализованного поведения (по оценкам их родителей), чем у детей в 1976 году (Achenbach & Howell, 1993). По сообщениям учителей, в период между 1981/1982 и 1989 годами также участились проявления проблемного поведения. Однако эти изменения были частью общего повышения уровня психопатологической симптоматики всех типов, а не ограничивались антисоциальным поведением.

Стоит также отметить, что эти изменения временных соотношений в количественном отношении были соизмеримы в разных национальных группах (Achenbach & Crijnen *et al.*, 1993), но эти национальные различия показателей, полученных при использовании КПВПД, не имеют явной корреляции с национальными различиями показателей преступности среди несовершеннолетних.

Третья группа данных получена в общепопуляционных исследованиях по изучению ретроспективных воспоминаний у взрослых из США и Австралии. Хотя в этих исследованиях высока вероятность проблем, связанных с воспоминанием, они свидетельствуют о том, что в течение последних 70 лет возросли показатели нарушений поведения среди несовершеннолетних (см. содержательное резюме Robins, in press).

Следовательно, все доступные данные указывают на то, что антисоциальное поведение в западных странах в течение этого столетия стало более распространенным. Нам неизвестны данные о противоположном. Правда, ни одна из этих групп данных сама по себе не обладает большой статистической силой, и все исследования, в которых они получены, подвергаются серьезной критике за методологические погрешности. Однако следует признать, что в трех случаях отмечены разные проблемы, но поразительно, что в таких столь разных исследованиях получены столь согласованные выводы.

Выводы

Из проанализированной нами эпидемиологической литературы вытекает несколько основных заслуживающих внимания замечаний. Во-первых, почти определенно существует набор основных возрастных поведенческих измерений, лежащих в основе расстройства поведения / оппозиционно-вызывающего расстройства. Ключевые моменты, которые в течение многих лет неоднократно освещаются в литературе, следующие: (1) различие между открытыми (агрессивным или насильственным) и скрытыми проявлениями поведения; (2) различие между антисоциальным поведением с ранним и поздним началом; (3) групповые различия в отношениях со взрослыми и сверстниками; (4) групповые различия в коморбидности (особенно с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, депрессией и со злоупотреблением психоактивными веществами); (5) необходимость рассматривать антисоциальное поведение по существу как нарушение, относящееся к процессу развития человека; (6) относительное игнорирование девочек в исследованиях по изучению антисоциального поведения.

Мы также отмечаем, по меньшей мере у мальчиков, что все различия, отраженные в пунктах (1)–(5), связаны между собой. По-видимому, существует подгруппа детей с антисоциальным поведением, у которых нарушения возникают в раннем периоде жизни и отмечаются расстройство внимания и гиперкинетическое расстройство, дефицитарные нарушения нейрокогнитивного функционирования, агрессивность и плохие отношения со сверстниками, включая враждебность и подозрительность. У этих детей неблагоприятные исходы в подростковом и в зрелом возрасте, поскольку по мере их взросления происходит процесс видоизменения проблемных форм поведения.

В DSM–IV утверждается, что:

> «Основной характерный признак расстройства личности — стойкая структура внутренних переживаний и поведения, которая заметно отклоняется от ожиданий культурного окружения индивида и проявляется как минимум в двух из следующих сфер: когнитивное функ-

ционирование, эмоциональная сфера, межличностные отношения и контроль импульсов (критерий А). Эта стойкая структура неизменна, проникает во все личные и социальные ситуации (критерий Б) и приводит к клинически значимому дистрессу или к нарушению функционирования в социальной, профессиональной или в других важных сферах (критерий В). Структура стабильная и длительно сохраняется, а ее появление можно проследить ретроспективно до подросткового возраста или даже до раннего детства (критерий Г).

По нашему мнению, получено огромное количество доказательств в пользу существования категории детей с расстройством, которое соответствует всем этим критериям, включая наличие нарушений во всех четырех сферах, указанных в критерии А. Другими словами, у таких детей имеется дезорганизованное расстройство личности. Хорошо известна форма этого расстройства у взрослых — антисоциальное расстройство личности (расстройство оси 2). Единственное преимущество этой интерпретации состоит в том, что она устраняет странное нарушение последовательности, вытекающее из наличия непрерывного психопатологического процесса, связанного с развитием человека и классифицируемого как расстройство оси 1 в детском и подростковом возрасте и как расстройство оси 2 в зрелом возрасте. Выделение этой особой в диагностическом отношении группы из других форм антисоциального поведения помогло бы классифицировать и другие формы поведения.

Пока что не совсем понятно, с помощью каких методов можно правильно анализировать эти возможные типы или расстройства, но нам известно достаточно для того, чтобы уверенно утверждать, что «сваливание их в кучу» и простая регистрация без учета возраста (как в МКБ–10) едва ли будет лучшим решением проблемы. С другой стороны, разделение симптомов на две группы (в одной «легкие» симптомы, чаще наблюдаемые у детей младшего возраста, во второй «более тяжелые» симптомы, наблюдаемые у детей старшего возраста и у подростков) в форме оппозиционно-вызывающего расстройства (DSM–IV) и расстройства поведения (DSM–IV) приводит к тому, что индивидам с сочетанными симптомами вообще не ставят диагноз и делят некоторые проявления агрессии как компоненты антисоциального поведения между двумя диагнозами. Поэтому ни то, ни другое формальное решение не служит достаточно мощным средством для характеристики распределения антисоциального поведения во времени и в пространстве (цель эпидемиологии). Однако в лонгитудинальных эпидемиологических исследованиях ученые выявляют динамику проявлений антисоциального поведения, а также, по-видимому, приближаются к моменту, когда можно будет достигнуть согласия в отношении диагностики с учетом возрастного фактора, чего так недостает в настоящее время.

После этого мы можем возвратиться к вопросу, с которого начали эту главу, — является ли расстройство поведения / оппозиционно-вызывающее расстройство болезнью или группой болезней. Совершенно ясно, что это не единый феномен, поэтому вряд ли он представляет собой отдельное заболевание. С другой стороны, получено достаточно данных, подтверждающих, что расстройство поведения / оппозиционно-вызывающее расстройство является группой синдромов с характерным паттерном развития, коморбидности и исходов с течением времени. Все эти синдромы (или некоторые из них) имеют генетическую основу и являются причиной значительной заболеваемости и смертности. Мы также ознакомились с доказательствами в отношении некоторой специфичности их этиологии. Следовательно, расстройство поведения / оппозиционно-вызывающее расстройство можно рассматривать как группу болезней, которые составляют одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения в двадцать первом веке.

Литература

Abikoff, H. & Klein, R.G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Co-morbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 881–92.

Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 478–88.

Achenbach, T.M. (1980). DSM–III in light of empirical research on the classification of child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19,* 395–412.

Achenbach, T.M., Conners, C.K., Quay, H.C., Verhulst, F.C. & Howell, C.T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 299–323.

Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Review, 85,* 1275–1301.

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1979). The Child Behavior Profile: II Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 223–33.

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981). Behavorial problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 46,* 1–82.

Achenbach, T.M., Hensley, V.R., Phares, V. & Grayson, D. (1990). Problems and competencies reported by parents of Australian and American Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 265–86.

Achenbach, T.M. & Howell, C.T. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 11,* 1145–54.

Achenbach, T.M. & McConaughy, S.H. (1993). Taxonomy of internalizing disorders of childhood and adolescence. In W.M. Reynolds (Ed.), *Internalizing Disorders in Children and Adolescents* (pp. 19–60). New York: John Wiley & Sons.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn) (DSM–III). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn, revised) (DSM–III–R). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM–IV). Washington, DC: APA.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM–III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry, 44,* 69–77.

Anderson, T., Bergman, L.R. & Magnusson, D. (1989). Patterns of adjustment problems and alcohol abuse in early adulthood: A prospective longitudinal study. *Development and Psychopathology, 1,* 119–31.

Andreasson, S., Allebeck, P., Brandt, L. & Romelsjo, A. (1992). Antecedents and covariates of high alcohol consumption in young men. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 16,* 708–13.

Andrews, J.A. & Lewinsohn, P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 655–62.

Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression. I: Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry, 152,* 601–17.

Angold, A. & Costello, E.J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1205–12.

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

Angold, A., Erkanli, A., Egger, H.M. & Costello, E.J. (submitted), Comorbidity real and 'epiphenomenal' in the Great Smoky Mountains Study. *American Journal of Psychiatry*

Anthony, J.C. & Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence, 40,* 9–15.

Barkley, R.A. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 546–57

Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148,* 564–77.

Bird, H.R., Gould, M.S. & Staghezza, B.M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 361–8.

Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A., *et al.* (1992). Predicting substance use in late adolescence: Results from the Ontario Child Health Study Follow-up. *American Journal of Psychiatry, 149,* 761–7.

Brent, D.A., Kolko, DJ., Allan, M.J. & Brown, R.V. (1990). Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 586–93.

Brent D.A., Kolko, D.j., Wartella, M.E., *et al* (1993*a*). Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 95–105.

Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., *et al.* (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry, 45,* 581–8.

Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., *et al.* (1993*b*). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 521–9.

Brook, J.S., Cohen, P. & Brook, D.W. (1998). Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 322–30.

Brook, J.S., Whiteman, M., Balka, E.B. & Cohen, P. (1997). Drug use and delinquency: shared and unshared risk factors in African American and Puerto Rican adolescents. *Journal of Genetic Psychology, 158,* 25–39.

Brook, J.S., Whiteman, M., Cohen, P., Shapiro, J. & Balka, E. (1995a). Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: childhood and adolescent precursors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1230–8.

Brook, J.S., Whiteman, M., Finch, S. & Cohen, P. (1995*b*). Aggression, intrapsychic distress, and drug use: antecedent and intervening processes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1076–84.

Brook, J.S., Whiteman, M., Finch, S.J. & Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1584–92.

Campbell, S.B. (1990). *Behavior Problems in Preschool Children. Developmental and Clinical Issues.* New York: Guilford Press.

Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 113–49.

Cantwell, D.P.C. (1995). Child psychiatry, introduction and overview. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 2151–4). Baltimore: Williams & Wilkins.

Capaldi, D.M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys, II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology, 4,* 125–44.

Carlson, C.L., Tamm, L. & Gaub, M. (1997). Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1706–14.

Cohen, P., Brook, J.S., Cohen, J., Velez, N. & Garcia, M. (1990). Common and uncommon pathways to adolescent psychopathology and problem behavior. In L.N. Robins (Ed.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 242–58). New York: Cambridge University Press.

Conners, C.K. (1997). *Couriers' Rating Scales Revised Instruments For Use With Children and Adolescents.* North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.

Costello, EJ. & Angold, A. (1996). Developmental psychopathology. In R.B. Caims, G.H. Elder & E.J. Costello (Eds.), *Development Science* (pp. 23–56). New York: Cambridge University Press.

Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C. *et al.* (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry, 45,* 1107–16.

Costello, E., Farmer, E., Angold, A., Burns, B. & Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains study. *American Journal of Public Health, 87,* 827–32.

Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. & Verhust, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1269–77.

Cullen, K.J. & Boundy, C.A.P. (1966). The prevalence of behavior disorders in the children of 1000 Western Australian families. *Medical Journal of Australia, 2,* 805–8.

Cummings, J.D. (1944). The incidence of emotional symptoms in school children. *British Journal of Educational Psychology, 14,* 151–61

De Groot A., Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (1994). Cross-cultural generalizability of the Child Behavior Checklist Cross-Informant Syndromes. *Psychological Assessment, 6,* 225–30.

Ellickson, P.L. & Hays, R.D. (1991). Antecedents of drinking among young adolescents with different alcohol use histories. *Journal of Studies on Alcohol, 52,* 398–408.

Elliott D.S., Huizinga, D. & Ageton, S.S. (1984). *Explaining Delinquency and Drug Use.* Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Elliott D.S., Huizinga, D. & Menard, S. (1988). *Multiple Problem Youth: Delinquency, Substance Use and Mental Health Problems.* New York: Springer-Verlag Publishing.

Esser, G., Schmidt, M.H. & Woerner W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children — results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 243–63.

Faraone, S.V., Biederman, J., Jetton, J.G. & Tsuang, M.T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder, Longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine, 11,* 291–300.

Farrell, M. & Taylor, E. (1994). Drug and alcohol use and misuse. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry Modem Approaches,* pp. 529–45. Oxford: Black-well Scientific Publications.

Farrington, D. (1986). Age and crime. *Crime and Justice: An Annual Review of Research, 7,* 29–90.

Farrington, D.P. (1983). Offending from 10 to 25 years of age. In K.T. VanDusen &: S.A. Mednick (Eds.), *Prospective Studies of Crime and Delinquency* (pp. 17–37). Boston, MA: Kluwer-Nijhoff.

Farrington, D.P. (1995). The twelfth Jack Tizard memorial lecture: The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 929–64.

Farrington, D. & Loeber, R. (1998). Major aims of this book. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 1–10). Thousand Oaks: Sage Publications.

Farrington, D.P., Loeber, R. & Elliott, D.S. (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 283–342). New York: Plenum Press.

Feehan, M., McGee, R., Raja, S.N. & Williams, S.M. (1994). DSM–III–R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 28,* 87–99.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1993*a*). Prevalence and comorbidity of DSM–III–R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1127–34.

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. & Horwood, L.J. (1993). Conduct problems and attention deficit behaviour in middle childhood and cannabis use by age 15. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 27,* 673–82.

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. & Horwood, L.J. (1996*a*). Factors associated with continuity and change in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 533–53.

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. & Horwood, L.J. (1996b). Origins of comorbidity between conduct and affective disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 451–60.

Fleming, J.E., Boyle, M.H. & Offord, D.R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario child health study follow-up. *Journal of the American Academy of Child, and Adolescent Psychiatry, 32,* 28–33.

Fleming, J.P., Kellam, S.G. & Brown, C.H. (1982). Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana, and cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence, 9,* 285–303.

Fletcher, K.E., Fisher, M., Barkley, R.A. & Smallish, L. (1996). A sequential analysis of the mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 271–97.

Fombonne, E. (1994). The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *British Journal of Psychiatry, 164,* 69–79.

Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., *et al* (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 49–55.

Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., *et al* (1991) Oppositional defiant disorder and conduct disorder in boys patterns of behavioral covariation. *Journal of Clinical Child Psychology, 20,* 202–8.

Friedman, A.S., Utada, A.T., Glickman, N.W. & Morrissey, M.R. (1987). Psychopathology as an antecedent to, and as a 'consequence of', substance use in adolescence. *Drug Education, 17,* 233–44.

Garnefski, N. & Diekstra, R.F.W. (1997). 'Comorbidity' of behavioral, emotional, and cognitive problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 26,* 321–38.

Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R. & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 42,* 937–47.

Graham, P. & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorders in the young adolescent: a follow-up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 6,* 1226–9.

Griffiths, W. (1952). *Behavior Difficulties of Children as Perceived and Judged by Parents, Teachers, and Children Themselves.* Minneapolis: The University of Minnesota Press.

Haggerty, M.E. (1925). The incidence of undesirable behavior in public school children. *Journal of Educational Research, 12,* 102–22.

Hammersley, R., Forsyth, A. & Lavelle, T. (1990). The criminality of new drug users in Glasgow. *British Journal of Addictions, 85,* 1583–94.

Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 434–9.

Hewitt, L.E. & Jenkins, R.L. (1946). *Fundamental Patterns of Maladjustment, the Dynamics of Their Origin.* Springfield, Illinois.

Hinshaw, S.P., Lahey, B.B. & Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. Special Issue: Toward a developmental perspective on conduct disorder *Development and Psychopathology, 5,* 31–49.

Jensen, P.S., Martin, D. & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research practice, and DSM–V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1065–79.

Johnston, C. & Pelham, W.E. (1986). Teacher ratings predict parent ratings of aggression at 3-year follow-up in boys with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 571–2.

Kandel, D.B., Davies, M., Karus, D. & Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry, 43,* 746–54.

Kaplan, H.J., Martin, S.S., Johnson, R.J. & Robbins, C.A. (1986). Escalation of marijuana use: Application of a general theory of deviant behavior. *Journal of Health and Social Behavior, 27,* 44–61.

Kashani, J.H., Beck, N.C., Hoeper, E.W., *et al.* (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry, 144,* 584–9.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C. & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders, 15,* 205–17.

Kuhne, M., Schaechar, R. & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1715–25.

Lahey, B., Loeber, R., Quay, H., *et al.* (1998). Validity of DSM–IV subtypes of Conduct Disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 435–42.

Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., *et al.* (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 163–70.

Lahey, B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., *et al.* (in press). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology.*

Laucht, M. & Schmidt, M.H. (1987). Psychiatric disorders at the age of 13: results and problems of a long-term study. In B. Cooper (Ed.), *Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects* (pp. 212–24). London: Croom Helm.

Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K., *et al.* (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 204–14.

Le Blanc, M. & Fréchette, M. (1989). *Male Criminal Activity from Childhood through Youth· Multilevel and Developmental Perspectives.* New York: Springer-Verlag.

Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM–III–R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 133–44.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 297–305.

Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use: evidence for developemental progressions. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 73–125). New York: Plenum Press.

Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review,* 10, 1–41.

Loeber, R., Farrington, D.P. & Waschbusch, D.A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 13–29). Thousand Oaks: Sage Publications.

Loeber, R., Green, S., Keenan, K. & Lahey, B.B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 499–509.

Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Christ, M.A.G. & Frick, P.J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and. Family Studies, 1,* 21–41.

Loeber, R. & Hay, D.F. (1994). Developmental approaches to aggression and conduct problems. In M. Rutter & D.F. Hay (Eds.), *Development Through Life. A Handbook for Clinicians* (pp. 488–516). London: Blackwell Scientific Publications.

Loeber, R. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14,* 497–523.

Loeber, R., Keenan, K., Lahey, B.B , Green, S.M. & Thomas, C. (1993). Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21,* 377–410.

Loeber, R., Lahey, B.B. & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 379–90.

Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1997). The development of juvenile aggression and violence: some common misconceptions and controversies. *American Psychologist, 53,* 242–59.

Loney, J. (1988). *Adolescent Drug Abuse· Analyses of Treatment Research* Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse Office of Science.

Long, A. (1941). Parents' reports of undesirable behavior in children. *Child Development, 12,* 41–61.

Lyons, J., Serbin, L.A. & Marchessault, K. (1988). The social behavior of peer-identified aggressive, withdrawn, and aggressive/withdrawn children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 539–52.

Macfarlane, J.W., Allen, L. & Honzik, M.P (1954) *University of California Publications in Child Development.* Berkeley: University of California Press.

Marriage, K., Fine, S., Moretti, M. & Haley, G. (1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 687–91.

Martunnen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M. & Lönnqvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM–III–R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry, 48,* 834–9.

McBurnett, K., Lahey, B.B., Frick, P.J., *et al.* (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: II. Relation to salivary cortisol. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 192–6.

McConaughy, S.H. & Achenbach, T.M. (1994). Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35,* 1141–57

McFie, B.S. (1934). Behavior and personality difficulties in school children. *British Journal of Educational Psychology, 4,* 34.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S. & Anderson, J. (1992). DSM–III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 51–9.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., *et al* (1990) DSM–III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 611–19.

Milich, R. & Dodge, K.A. (1984). Social information processing in child psychiatric populations. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 471–90.

Mills, C.J. & Noyes, H.L. (1984). Patterns and correlates of initial and subsequent drug use among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 231–43.

Moffitt, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development, 61,* 893–910.

Moffitt, T.E. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 135–51.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology, 8,* 399–424.

Moffitt, T.E. & Lynam, Jr., D. (1992). The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: Implications for understanding antisocial behavior. *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research, 15,* 233–62.

Munir, K., Biederman, J. & Knee, D. (1987). Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 844–8.

Noam, G.G., Paget, K., Valiant, G., Borst, S. & Bartok, J. (1994). Conduct and affective disorders in developmental perspective: a systematic study of adolescent psychopathology. *Development and Psychopathology, 6,* 519–32.

Offord, D.R., Sullivan, K., Allen, N. & Abrams, N. (1979). Delinquency and hyperactivity. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 167,* 734–41.

Olson, W.C. (1930). *Problem Tendencies in Children.* Minneapolis: The University of Minnesota Press.

Quay, H.C. (1986). Conduct disorders. In H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood* (pp. 35–72). New York: John Wiley & Sons.

Quay, H.C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective. *Development and Psychopathology, 5,* 165–80.

Quiggle, N.L., Garber, J., Panak, W.F. & Dodge, K.A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63,* 1305–20.

Reeves, J.C., Werry, J.S., Elkind, G.S. & Zametkin, A. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children: II. Clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 144–55.

Renouf, A.G., Kovacs, M. & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 998–1004.

Rey, J.M., Bashir, M.R. & Schwartz, M. (1988). Oppositional disorder: fact or fiction? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 157–62.

Rhode, P., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 214–22.

Robins, E. & Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 126,* 107–11.

Robins, L. (1998). A 70-year history of conduct disorder: variations in definition, prevalence, and correlates. In P. Cohen, C. Slomkowski & L.N. Robins (Eds.), *Time, Place, and Psychopathology.* Mahwah, NJ: Lawrence Eribaum.

Robins, L.N. (1974). *Deviant Children Grown Up.* Huntington, NY: Krieger.

Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8,* 611–22.

Robins, L.N. & McEvoy, L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 182–204). Cambridge: Cambridge University Press.

Robins, L.N. & Murphy, G.E. (1967). Drug use in a normal population of young negro men. *American Journal of Public Health and the Nation's Health, 57,* 1580–96.

Robins, L.N. & Przybeck, T.R. (1985). *Age of Onset of Drug Use as a Factor in Drug and Other Disorders.* Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse Research.

Robins, L.N. & Ratcliff, K.S. (1980) Childhood conduct disorders and later arrest. In L.N. Robins, P.J. Clayton & J.K. Wing (Eds.), *The Social Consequences of Psychiatric Illness* (pp. 248–63). New York: Brunner/Mazel.

Rohde, P., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1996). Psychiatric comorbidity in problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 101–9.

Rudolph, K.D., Hammen, C. & Burge, D. (1994). Interpersonal functioning and depressive symptoms in childhood: addressing the issues of specificity and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22,* 355–71.

Russo, M.F., Loeber, R., Lahey, B.B. & Keenan, K. (1994). Oppositional defiant and conduct disorders: validation of the DSM–III–R and an alternative diagnostic option. *Journal of Clinical Child Psychology, 23,* 56–68.

Rutter, M. (1978). Diagnostic validity in child psychiatry. *Advances in Biological Psychiatry, 2,* 2–21.

Rutter, M. (1997). Comorbidity: concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health, 7,* 265–85.

Rutter, M. & Graham, P. (1966). Psychiatric disorder in 10- and 11-year-old children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 59,* 382–7.

Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970). *Education, Health, and Behaviour.* London: Longman.

Rutter, M.L., Shaffer, D. & Sturge, C. (1979). *A Guide to a Multi-axial Classification Scheme for Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence.* London: Frowde & Co. (Printers) Ltd.

Satterfield, J.H. & Schell, A. (1997). A perspective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1726–35.

Schachar, R. & Logan, G.D. (1990). Impulsivity and inhibitory control in development and psychopathology. *Development and Psychopathology, 26,* 1–11.

Schachar, R. & Rannock, R. (1995). Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 639–48.

Schachar, R. & Wachsmuth, R. (1990). Hyperactivity and parental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 381–92.

Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., *et al* (1995). Effects of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1015–24.

Shaffer, D. (1993). Suicide: risk factors and the public health. *American Journal of Public Health, 83,* 171–2.

Shaffer, D. & Fisher, P.W. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20,* 545–65.

Silberg, J., Meyer, J., Pickles, A., *et al.* (1996d). Heterogeneity among juvenile antisocial behaviours: findings from the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development (VTSABD). *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour: Ciba Foundation Symposium, 194,* 76–92.

Silberg, J.L., Rutter, M.L., Meyer, J.M., *et al* (1996b). Genetic and environmental influences on the covariation between hyperactivity and conduct disturbances in juvenile twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 803–16.

Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.M., *et al.* (1997). The Virginia twin study of adolescent behavioral development: influences of age, sex and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry, 54,* 801–8.

Stein, J.A., Newcomb, M.D. & Bender, P.M. (1987). An 8-year study of multiple influences on drug use and drug use consequences. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1094–105.

Steinhausen, H.-C. & Reitzle, M. (1996). The validity of mixed disorders of conduct and emotions in children and adolescents: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37,* 339–43.

Taylor, E. (1994). Similarities and differences in DSM–IV and ICD–10 diagnostic criteria. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 3,* 209–26.

Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E. & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1213–26.

Tolan, P.H & Gorman-Smith, D (1997). Development of serious and violent offending careers. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Never Too Early, Never Too Late Risk Factors and Successful Interventions for Serious and Violent Juvenile Offenders*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Tubman, J.G., Vicary, J.R., von Eye, A. & Lerner, J.V. (1990). Longitudinal substance use and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse, 2,* 317–34.

Van Kammen, W.B. & Loeber, R. (1994). Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues, 24,* 9–24.

Van Kammen, W.B., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Substance use and its relationship to conduct problems and delinquency in young boys. *Journal of Youth and Adolescence, 20,* 399–413.

Velez, C.N., Johnson, J. & Cohen, P (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors of childhood psychopathology *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 861–4.

Verhulst, F.C. (1995). A review of community studies. In F.C. Verhulst & H.M. Koot (Eds.), *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology* (pp. 146–77). Oxford. Oxford University Press.

Verhulst, F.C. & Achenbach, T.M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology cross-cultural applications. A review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 4,* 61–76.

Verhulst, F C. & van der Ende, J. (1993). 'Comorbidity' in an epidemiological sample: a longitudinal perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34,* 767–83.

Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F. & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM–III–R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry, 54,* 329–36.

Vikan, A. (1985). Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children: I. Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26,* 55–75

Walker, J.L., Lahey, B.B., Hynd, G.W. & Frame, C.L. (1987). Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without co-existing hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 910–13.

Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F., *et al* (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 187–91.

Welte, J.W. & Barnes, G.M. (1985). Alcohol: The gateway to other drug use among secondary-school students. *Journal of Youth and Adolescence, 14,* 487–98.

Wickman, E.K. (1928). *Children's Behavior and Teachers' Attitudes.* New York: The Commonwealth Fund.

Windle, M. (1990). A longitudinal study of antisocial behaviors in early adolescence as predictors of late adolescent substance use: gender and ethnic group differences. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 86–91.

Yamaguchi, K, & Kandel, D.B. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health,* 74, 668–72.

Young-Masten, I. (1938). Behavior problems of elementary school children: a descriptive and comparative study. *Genetic Psychology Monographs, 20,* 123–80

Yourman, J. (1932). Children identified by their teachers as problems. *Journal of Educational Sociology, 5,* 334–43.

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 547–56.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 65–78.

Zoccolillo, M., Tremblay, R. & Vitaro, F. (1996). DSM–III–R and DSM–III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: specific but insensitive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 461–99.

Zucker, R.A. & Gomberg, E.S.L. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: the case for biopsychosocial process. *American Psychologist, 41,* 783–93.

7

Расстройство поведения и окружающая обстановка

Barbara Maughan

Введение

Из всех детских психических расстройств нарушения поведения, по-видимому, больше всего связаны с неблагоприятной психосоциальной обстановкой. Десятки исследований подтвердили связь между проявлениями дезорганизованного поведения и негативными факторами среды как в рамках семьи, так и за ее пределами: бедность и неблагоприятные социальные условия, условия проживания в микрорайоне, неблагополучные школы, распад семьи, психопатологическая симптоматика у родителей, суровое и неэффективное воспитание детей и неадекватный контроль отмечаются чаще, чем ожидаемые показатели в выборках индивидов с расстройством поведения (Earls, 1994; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986).

Устойчивость этих связей не вызывает сомнений, однако интерпретировать их значение сложнее. Во-первых, особенно это относится к коррелятам, связанным с семьей и со сверстниками. Несомненно, существуют базовые вопросы о направленности эффектов: влияние детей на окружающих, а также влияние окружения на детей (Lytton, 1990), поэтому невозможно просто предположить направление причинного вектора. Во-вторых, генетические исследования по изучению поведения показали, что во многих предположительно «средовых» оценках содержится генетический компонент (Plomin & Bergeman, 1991), а риски расстройства поведения, по-видимому, предполагают сложное взаимодействие биологических и средовых факторов. В-третьих, средовые факторы, измеряемые во многих эпидемиологических исследованиях, — низкий показатель шкалы SES, ссоры родителей, суровое воспитание детей родителями и т. п. — с общей точки зрения считаются более широкими индикаторами процессов, которые в настоящее время, по-видимому, подвергают детей риску. Чтобы понять эффекты этих процессов, необходимо «распаковать» их значение. И наконец, возрастающее понимание гетерогенности антисоциального поведения (Rutter *et al.*, 1997) свидетельствует о том, что различные формы риска — как индивидуальные, так и средовые — имеют большое значение для различных подгрупп детей с расстройством поведения.

Со временем каждое из этих теоретических построений позволит по-новому объяснить, каким образом неблагоприятные средовые факторы провоцируют появление нарушений поведения или поддерживают их. В настоящее время только приступают к их исследованию. В этой главе освещаются последние успехи в выяснении контекстуаль-

ных рисков нарушения поведения, при этом основное внимание уделяется трем главным внешним условиям, в которых развивается ребенок: семья, район проживания и школа. Влияние сверстников — важный дополнительный элемент средового фактора риска — рассматривается Vitaro и соавторами (глава 13).

Корреляты, причины и последовательность рисков

Во многих ранних исследованиях по изучению психосоциальных факторов риска предполагалось однонаправленное влияние неблагоприятных средовых факторов на ребенка, однако получены иные данные, которые требуют более сложных моделей. Исследователи подтвердили, какой вклад вносит в регуляцию взаимодействий с другими людьми поведение детей, начиная с младенчества (Gianino & Tronick, 1988). Как в естественных, так и в экспериментальных исследованиях установлено, что проявления дезорганизованного поведения в старшем детском возрасте вызывают отрицательные реакции как у родителей (Parker & Asher, 1987), так и у сверстников. Действительно, проводя обзор этой литературы, Lytton (1990) пришел к выводу, что «эффекты ребенка» могут быть особенно значимыми в отношении нарушений поведения. В тщательно проведенных исследованиях (Patterson, 1982, 1995) представлена схема двунаправленных процессов, когда враждебность каждого из взаимодействующих партнеров в значительной степени «подкрепляет» порочный круг этих взаимодействий. Подобные реципрокные процессы, хотя и недостаточно систематически подтвержденные документально, почти наверняка возникают в других условиях, например в классе и школе (Nichol *et al.*, 1985).

Поведение детей не только влияет на характер непосредственных взаимодействий, но и способствует формированию и выбору окружения более разнообразными способами (Scarr & McCartney, 1983). В классическом катамнестическом исследовании Robins, изучая пациентов детской консультации, оказывающей помощь психически неполноценным или трудным детям, приводит поразительные примеры такого рода: дети с расстройством поведения, вступив в период взрослости, чаще бывают безработными, их чаще увольняют с работы, они чаще имеют трудности в супружеской жизни и переживают распад брака, имеют долги (Robins, 1966). Отдаленные последствия имеющихся нарушений ввергают их в переживания, которые исследователи других школ рассматривали бы как стрессовые жизненные события. Данные последующих исследований подтвердили эту точку зрения: подростки с дезорганизованным и агрессивным поведением чаще вступают в связь с девиантными сверстниками (Fergusson & Horwood, 1996), выбывают из школы или имеют низкий уровень образования (Kessler *et al.*, 1995), вступают в сексуальные и интимные отношения раньше, чем их сверстники (Bardone *et al.*, 1996), а также берут на себя ответственность за отцовство (материнство) в юном возрасте (Kessler *et al.*, 1997a; Maughan & Lindelow, 1997). Особенности поведения в определенный период развития могут играть основную роль в том, что подростки «отбираются» в условия жизни, которые ограничивают их возможности, а также усиливают воздействие на них стресса в дальнейшем (Rutter *et al.*, 1995).

Эффекты такого отбора ни в коей мере не исключают возможность того, что средовые воздействия в дальнейшей жизни могут стать независимыми факторами риска. Много лет назад Robins (1978) указывала на то, что безработица, долги и развод, по-видимому, несут аналогичные коннотации, однако они возникают — и даже могут быть

особенно вредными — у молодых, уже уязвимых к антисоциальному поведению (Farrington *et al.*, 1986). Однако авторы подчеркивают, что исследования следует планировать так, чтобы можно было рассматривать взаимодействия и цепочки этих рисков отдельно. Чтобы продемонстрировать причинный статус каждого фактора риска, обязательно необходимы оценки, полученные в хронологическом порядке, при этом возможные факторы риска у ребенка измеряются до исхода имевшихся нарушений (Kraemer *et al.*, 1997). Чтобы сформулировать гипотезу, важно провести одномоментные поперечные углубленные исследования, но если мы хотим выйти за пределы корреляционных данных, необходимы лонгитудинальные исследования (при этом предполагаемые факторы риска оцениваются перед получением исхода расстройства у ребенка). Как утверждал Farrington (1988), в этих исследованиях особую ценность имеет их план, предусматривающий анализ разнообразных рисков при изменениях у одного и того же индивида — факторов риска, связанных с началом расстройства поведения, с повышением степени его тяжести или с компенсацией. Для изучения более сложных процессов большое значение имеет статистический метод повторных *data-waves* наряду с соответствующими количественными измерениями (Wilett *et al* , 1998). Хотя в исследованиях по изучению психосоциальных факторов риска все чаще используются подобные планы, многие данные все еще основываются на результатах одномоментных поперечных исследований или на оценках, полученных в лонгитудинальных исследованиях с использованием метода двух *data-waves*. До тех пор пока дело будет обстоять так, интерпретации причинной направленности, несомненно, следует считать предположительными.

Знания о средовых факторах, полученные в генетических исследованиях

Большое влияние на представление о факторах риска внешней среды оказали данные, полученные в генетических исследованиях по изучению поведения. По мнению Simonoff (глава 8), данные современных близнецовых исследований указывают на специфическое влияние окружающей обстановки на нарушения поведения, а некоторые полагают, что эффекты внешней среды существенны. По расчетам, проводившимся в близнецовых исследованиях, они так же важны для мальчиков, как и для девочек, но, вероятно, варьируются по своей интенсивности в разных подгруппах детей с расстройством поведения. Полученные на этом этапе данные свидетельствуют о том, что влияние генетических факторов, по-видимому, доминирует в отношении признака «агрессия» (Edelbrock *et al.*, 1995), нарушений поведения, продолжающихся в период взрослости (Lyons *et al.*, 1995), и тех проявлений, которые пересекаются с гиперактивностью (Silberg *et al.*, 1996), а средовые факторы могут иметь больший вес в формировании делинквентности и «чистых» расстройств поведения в подростковом возрасте.

В дополнение к данным о специфических расстройствах генетический анализ проявлений поведения также выдвигает на первый план ряд более широких вопросов, касающихся моделей влияния факторов внешней среды. Во-первых, как близнецовые методы, так и исследования приемных детей показывают, что оценки кажущихся «средовых» факторов могут включать в себя долю генетических факторов (Plomin & Bergeman, 1991). Гены родителей влияют на окружающую обстановку, которую родители создают для своих детей, а наследуемые характеристики детей могут провоцировать специфические формы родительской реакции. Хорошо известно, что антисоциальные родители создают неблагоприятную обстановку для воспитания своих детей

(Rutter *et al.*, 1998), при этом возрастает частота факторов, которые считаются опасными для них: суровое воспитание, распад брака и плохие отношения между родителем и ребенком. На этом этапе неясно, насколько пассивные корреляции «генотип–среда» опосредуют эффекты неблагоприятных условий воспитания детей, однако некоторую роль они почти определенно играют. Одновременно влияние ребенка на окружение, по-видимому, также отражает некоторый элемент корреляции «генотип–среда», на этот раз активный или эвокативный (Ge *et al.*, 1996).

Эти данные свидетельствуют о существенном углублении нашего понимания семейных факторов риска. Однако интерпретация их отнюдь не простая. В частности, они — как это иногда допускается — не исключают возможность того, что действуют преимущественно средовые факторы риска. Как утверждал Rutter (1997), происхождение факторов риска не влияет непосредственно на способ их действия: например, патогенные эффекты сурового воспитания родителями все же предопределяются процессами, которые находятся под влиянием средовых факторов риска, даже если они порождены влиянием родительских генов. Исследователи снова сталкиваются с проблемой, составляя планы своих исследований так, чтобы можно было рассматривать в отдельности эти по-разному интерпретируемые факторы. В этом случае генетически информативные планы исследований — близнецовые методы и исследования приемных детей наряду с комплексными планами, предусматривающими изучение «смешанных семей» (Reiss *et al.*, 1994), — явно занимают центральное место, но они ни в коем случае не являются единственно ценными подходами. Rutter и соавторы (1998) предлагают обзор других информативных планов.

Еще один ключевой вопрос касается характера влияния факторов внешней среды. Генетический анализ свидетельствует о том, что для большинства характеристик личности и психопатологии общие (но не совпадающие, т. е. различающиеся) факторы внешней среды — факторы, которые, влияя на детей в одной и той же семье, делают их разными, а не более похожими друг на друга, — имеют явно большее значение, чем совпадающие (различающиеся) воздействия (Pike & Plomin, 1996). Данные более позднего исследования свидетельствуют о некоторых изменениях этой точки зрения (Rutter *et al.*, 1999), а расстройство поведения и делинквентность часто рассматриваются как исключение из этого «правила». Даже при этих условиях некоторые несовпадающие воздействия, как правило, документально подтверждаются. Какие выводы о средовых факторах риска следуют из этого? Некоторые ученые допускают, что это позволяет усомниться в значимости многих семейных факторов, столь последовательно выявляемых в корреляционных исследованиях (неблагоприятные социальные условия, супружеские разногласия между родителями и т. д.), и свидетельствует о том, что вместо этого основное внимание следует уделять несемейным факторам риска. Они явно выполняют главную роль в развитии расстройства поведения: влияние сверстников, несомненно, имеет первостепенное значение и, как это будет видно в следующих разделах, факторы школьной среды и района проживания также заслуживают внимания. Но одни и те же факторы, оказывающие разное (несовпадающие) влияние, могут также возникать в семье вследствие таких процессов, как превращение в козла отпущения, дифференцированное подвергание сибсов явным «семейным» рискам или неодинаковое восприятие мнения каждого ребенка об опыте, приобретаемом в семье. До настоящего времени во многие исследования по изучению факторов риска включали только по одному ребенку из каждой семьи, поэтому подобные процессы трудно выявляются.

Более сложные планы исследований, включающие и сибсов (Reiss *et al.*, 1995), уже начинают демонстрировать преимущества изучения как совпадающих, так и несовпадающих факторов риска.

Наконец, хотя в близнецовых исследованиях отдельно выделяют генетические и средовые компоненты, во многих случаях вполне возможно относительное влияние одновременно наследственности и окружающей среды на развитие организма, что повышает риск возникновения нарушений поведения (Rutter *et al.*, 1997). Одним из наиболее последовательных результатов, полученных при изучении психосоциальных факторов риска, является заметная индивидуальная вариабельность реакции детей: у некоторых под воздействием фактора риска X расстройство развивается, тогда как у других нет. В настоящее время мы очень мало знаем о том, что именно лежит в основе такого варьирования уязвимости. В пятой главе этого тома Hill обсуждает доказательства в пользу взаимодействия биосоциальных факторов, тогда как Simonoff в восьмой главе описывает данные, полученные в исследованиях приемных детей, которые свидетельствуют о взаимодействии генетической предрасположенности и средовых факторов риска (Bohman, 1996; Cadoret *et al.*, 1995). Приемные дети с наследственной предрасположенностью оказались более чувствительными к неблагоприятным средовым факторам, чем те, чьи биологические родители не совершали преступлений или не имели признаков антисоциальной личности. Поскольку отбираются приемные семьи с низкой степенью риска нарушений, столь характерных для семей детей с расстройством поведения, эти данные, по-видимому, представляют собой очень консервативные оценки (с завышенной погрешностью) значимости взаимодействий «генотип–среда». Как усиление воздействия неблагоприятных условий среды, так и наследственные факторы могут повышать чувствительность детей к их эффектам (Kendler, 1995).

Концептуализация контекстуальных факторов

Составить перечень различных аспектов социального окружения детей, которые могут иметь значение для развития расстройства, — сложное предприятие. Bronfenbrenner (1979), Sameroff (1983), а также Cicchetti и Richters (1997) — среди основных теоретиков, предложивших экологические модели влияния среды, в соответствии с которыми факторы ближайшего окружения — отношения с родителями, сибсами, учителями и ровесниками — рассматриваются как вложенные или внедренные в рамки более широких систем: семью и группу сверстников, школу, район проживания и культуру. Значение отдельного типа отношений для адаптации детей может меняться в зависимости от характеристик других типов, а также от этих более широких систем; и факторы, влияющие на каждом из этих уровней, а также на стыке между ними имеют большое значение для развития. Взятые в отдельности, структурные маркеры «социальных адресов» — неполная семья, низший социальный класс и т. д. — обычно необходимо преобразовывать в переменные, больше ориентированные на процесс, чтобы выявить их эффекты; однако процессы могут систематически варьироваться или различаться по своим последствиям в зависимости от контекста, в котором они происходят.

По мере развития детей их социальный мир расширяется и изменяется понимание его. Потенциальные источники средовых факторов риска обычно широко варьируются в период между ранним детством и подростковым возрастом, а воздействие объективно похожих факторов риска — супружеские ссоры между родителями или неэффективный

контроль над детьми — в разные стадии развития может давать различные эффекты. Необходимо разработать модели средовых факторов риска, учитывающие стадию развития ребенка (Costello & Angold, 1993), чтобы принимать в расчет эти изменяющиеся непредвиденные ситуации. Определенное значение также имеют время и место, при этом контекстуальные факторы влияния по-разному воздействуют на детей, выросших в разных географических местностях (Farrington & Loeber, 1998), а также родившихся и проходящих основные стадии развития в разные исторические периоды (Elder, 1998).

Такие представления в настоящее время составляют суть многих исследований по изучению нормального развития детей. В целом исследования проблемы психопатологии отстают в этом отношении. Воусе и коллеги (1998), оценивая современное состояние исследований по изучению социальных условий в области возрастной психопатологии, пришли к выводу, что в исследованиях психопатологии — за некоторыми известными исключениями — модели согласованного (когерентного) влияния условий внешней среды часто отсутствуют. Во многих исследованиях основное внимание уделяется отдельным аспектам окружающей обстановки, в которой развиваются дети, либо в них приводятся длинные перечни средовых факторов как ковариатов для проводимого анализа, при этом почти отсутствуют соответствующие объяснения их отбора. Систематические исследования, в которых бы изучалась проблема, каким образом отдельные факторы могут быть опосредованы либо смягчены воздействием других факторов (Baron & Kenny, 1986), все еще довольно ограниченные, к тому же, несмотря на большое количество данных о том, что факторы риска нарушений поведения частично пересекаются, значение многих из них остается мало изученным.

Гетерогенность расстройства поведения и специфичность риска

Давно установлено, что расстройства поведения являются гетерогенными: в современные классификации практически всегда включают подгруппы детей с явно различающимися фенотипическими проявлениями или с разной этиологией. Например, в настоящее время в генетических исследованиях приводятся указания выделять особую подгруппу с сопутствующим гиперактивным расстройством с дефицитом внимания (Silberg *et al.*, 1996), а некоторые исследователи предложили выделять типы в зависимости от возраста начала расстройства (DiLalla & Gottesman, 1989; Moffitt, 1993; Patterson & Yoerger, 1997). В этих различных подгруппах влияние факторов внешней среды различается по своей относительной значимости и по характеру наиболее заметных факторов риска. Moffitt (1993), например, утверждал, что начало нарушений поведения в подростковом возрасте в значительной степени отражает статус-фрустрацию и социальную мимикрию девиантных сверстников, однако расстройство с ранним началом имеет совершенно иные корни, зависящие в большей степени как от индивидуальной уязвимости, так и от воздействия неблагоприятной семейной атмосферы. По-видимому, для углубления нашего понимания средовых факторов риска особенно большое значение имеют более дифференцированные сравнительные модели такого типа, позволяющие проверить факторы риска в сопоставляемых подгруппах подростков с антисоциальным и делинквентным поведением.

Дополнительные вопросы возникают в отношении специфичности. Многие семейные и социальные коррелаты нарушений поведения также демонстрируют связь с другими детскими психическими расстройствами, как следствие, возникают важные вопросы

относительно того, каким путем они проявляют свои эффекты. С одной стороны, неспецифическая связь могла бы свидетельствовать о том, что некоторые характеристики неблагоприятной обстановки имеют общее патогенное значение; если это верно, различия в исходах у детей могут быть обусловлены индивидуальной уязвимостью в такой же степени, как и характером внешних факторов риска. С другой стороны, явно неспецифическая связь свидетельствует о том, что действуют разные механизмы, малопонятные при современном уровне знаний, повышающие риск развития различных расстройств. Медицина располагает множеством подобных примеров: курение сигарет, например, ассоциируется с повышенным риском заболевания раком легких, ишемической болезнью сердца и остеопорозом, но каждое из них — через особые и разные физиологические пути. Аналогичные процессы вполне могут возникать и в психосоциальной сфере. Однако мы находимся только в начальной стадии их разграничения.

Факторы риска и процессы в условиях риска

На более общем уровне подобные примеры указывают на то, что следует выходить за пределы изучения факторов риска и переходить к анализу происходящих процессов в условиях риска: какие аспекты каждого идентифицируемого фактора риска несут в себе основной потенциал развития расстройства и как их эффекты «проникают под кожу» (Taylor *et al.*, 1997)? Как утверждал Rutter (1994), необходимы четко сформулированные гипотезы конкурирующих механизмов риска в сочетании с планом исследования, позволяющим проверить эти гипотезы. В этом случае важным средством достижения цели часто служат естественные эксперименты. Например, чтобы выявить конкретные аспекты разрыва супружеских отношений, которые дают наиболее патогенные эффекты, исследователи, изучая связь между фактором «разрушенная семья» и расстройством поведения, используют набор сравнений: между эффектами смерти родителей и их развода, между степенью выраженности расстройства у детей до развода родителей и после того, как они расстались, а также между воздействием изменений в семье и ссор между родителями (Rotgers & Pryor, 1998).

После выявления более проксимальных факторов (ближайшего окружения) рассматривают второй ряд вопросов, касающихся механизмов, посредством которых неблагоприятная семейная атмосфера и социальные факторы нарушают развитие детей. В этой сфере в настоящее время исследуется ряд моделей. Первая рассматривает восприятие детьми своих переживаний: подобно взрослым, дети активно обрабатывают свой опыт, и получено множество данных о том, что они придерживаются особой точки зрения, часто отличающейся от таковой у других членов семьи. Эти меняющиеся восприятия могут оказываться основными медиаторами эффектов. Например, Cummings и коллеги (1994) выявили, что восприятие мальчиками супружеских ссор обычно согласуется с таковым у их матерей гораздо в большей степени, чем восприятие девочками. Такое различие в восприятии приводило к важным последствиям: риски экстернализованного поведения у мальчиков ассоциировались с их восприятием угрозы, содержавшейся в ссорах родителей, тогда как у девочек вероятность интернализованных трудностей ассоциировалась с ощущением собственной вины. Таким образом, некоторые гендерные различия в реакции на супружеские ссоры могут быть обусловлены тем, что девочки и мальчики по-разному воспринимают (и реагируют) на враждебные отношения между своими родителями. Практически таким же образом разное восприятие право-

мерности физического наказания в разных культурах, по-видимому, опосредует его воздействие (Deater-Deckard *et al.*, 1996). То, как дети обрабатывают и оценивают свои переживания, может служить ключом к пониманию их эффектов.

В дополнение к этим различиям в восприятии окружения большинство идентифицируемых семейных и социальных факторов риска возникновения нарушений поведения, вероятно, могли бы воздействовать через множество психологических, а возможно и отдельных физиологических, механизмов. Некоторые из них — воздействие отношений «родитель–ребенок» на безопасный тип привязанности, роль социального научения, а также влияние враждебного отношения окружающих на формирование пристрастных атрибуций и тенденциозной обработки информации — подробно описаны в других главах этой книги. В последующих разделах описываются и другие факторы. Однако, как мы увидим, несмотря на некоторый прогресс, достигнутый в проверке более специфических процессов в условиях риска, в большинстве случаев мы находимся в начале пути к пониманию механизмов влияния неблагоприятных условий среды на ребенка.

Различия на индивидуальном и групповом уровнях

Контекстуальные факторы, вероятно, вносят вклад в варьирование антисоциальных форм поведения двумя разными путями, учитывая индивидуальные различия в риске, а также варьирование общего *уровня* антисоциального поведения в разных условиях и в разные периоды времени. В течение последних десятилетий возросли показатели многих расстройств детского и подросткового возраста (Rutter & Smith, 1995). Статистика преступлений среди несовершеннолетних четко отражает эту тенденцию (Rutter *et al.*, 1998), и, как отмечают в шестой главе этой книги Angold и Costello, хотя данные о расстройстве поведения менее удовлетворительные, они вполне согласуются с мнением о том, что показатели распространенности антисоциальных форм поведения возрастают с течением времени. Подобные долговременные тенденции почти наверняка отражают влияние факторов внешней среды; некоторые факторы частично пересекаются с факторами риска индивидуальных различий в расстройстве поведения, однако другие совершенно особые. Например, в связи с изменяющимися показателями делинквентности Rutter и коллеги (1998) полагают, что определенную роль могут играть изменения в значении подросткового возраста: углубление несоответствия между устремлениями и возможностями, увеличение употребления алкоголя и других психоактивных веществ, ослабленный надзор и расширение благоприятных возможностей для преступлений наряду с возрастанием показателей распада семей. Некоторые из перечисленных факторов влияют на индивидуальные различия в степени уязвимости по отношению к расстройству, другие — нет. В этой главе основное внимание уделяется факторам риска в отношении индивидуальных различий в нарушениях поведения. Однако в любой комплексной модели влияния внешней среды должны учитываться оба набора факторов.

Гендерные различия

В заключение кратко рассмотрим вопрос о гендерных различиях. С раннего детства мальчики демонстрируют неподатливость и дезорганизованное поведение чаще, чем девочки (Campbell, 1995). В настоящее время мы очень мало знаем о том, какой вклад

могут вносить в эти различия колебания в воздействии неблагоприятных психосоциальных факторов или в реакции на них. Подобно многим исследователям, изучавшим нарушения поведения, авторы большинства ранних исследований средовых факторов риска сосредоточивались исключительно на мальчиках, и в некоторых более информативных современных программах эта тенденция сохраняется. Как следствие, данные о гендерных различиях в отношении расстройств поведения до сих пор скудные. Поэтому лишь коротко остановимся на гендерных различиях в следующих разделах и объединим доступные данные в отдельном разделе в конце главы, рассмотрев несколько основных выводов, которые можно сделать на этот момент.

Не забывая о перечисленных основных вопросах, попытаемся выяснить роль конкретных средовых факторов как факторов риска развития расстройства поведения, начиная с ближайшего окружения в период развития маленьких детей — с семьи.

Семейная обстановка

Со времени первых систематических исследований расстройства поведения и делинквентности структура семьи и процессы ее жизнедеятельности оказались главными коррелятами нарушений поведения детского возраста (McCord, 1979; Robins, 1966; Rutter *et al.*, 1970). Многие характеристики, идентифицированные в этих ранних исследованиях, — бедность и неблагоприятные условия, большая семья, нарушения в психической сфере у родителей, суровое и непоследовательное воспитание детей, конфликтные отношения и распад семьи — продемонстрировали в дальнейшем устойчивую связь с расстройством поведения во многих других выборках (см. обзоры Coie & Dodge, 1998; Hawkins *et al.*, 1998; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Rutter *et al.*, 1998). Нарушения поведения, особенно в детстве, по-видимому, чаще всего возникают в семьях, нередко сталкивающихся с внешними неблагоприятными обстоятельствами, где родители расстроены и имеют напряженные отношения, а их методы воспитания детей менее чем оптимальные.

Родители, дети и воспитание детей

Очень рано, еще в дошкольные годы, проявления непослушания у ребенка ассоциируются с конкретными паттернами отношений между родителем и ребенком (см. обзор Campbell, 1995). Результаты исследования такой проблемы, как раннее появление дезорганизованных, агрессивных форм поведения, свидетельствуют о том, что биологически обусловленные наклонности у ребенка (регистрируемые, например, при трудном темпераменте) взаимодействуют с условиями, в которых о нем заботятся, что способствует более и менее адаптивным исходам. При изучении обширной литературы, посвященной вопросам воспитания (Bornstein, 1995; Maccoby & Martin, 1983), становится ясно, что поведение родителей, в котором присутствует тепло и сердечность, строгий, но справедливый контроль, применение объяснений и аргументации, ассоциируется с формированием податливости и интернализации контроля в период, когда ребенок учится ходить. Родители непослушных детей дошкольного возраста часто демонстрируют диаметрально противопоставляющие проявления поведения: они

деспотичны, непоследовательны и недоброжелательны во взаимодействиях со своими детьми. Данные обсервационных исследований свидетельствуют о большем количестве столкновений между родителем и ребенком, при этом матери реже добиваются выполнения своих указаний. Кроме того, эмоциональные связи также оказываются нарушенными: матери трудных дошкольников реже имеют доброжелательные, гармоничные взаимодействия со своими детьми и реже наблюдается взаимное удовольствие от дел, которыми они совместно занимаются.

Проявления недоброжелательности и враждебности в отношениях «родитель–ребенок» наряду с непоследовательными и нелепыми методами контроля неоднократно возникают как корреляты нарушений поведения в период детства и отрочества. Исследования, проведенные в разные возрастные периоды, также свидетельствуют о том, что эти паттерны чаще всего возникают в семьях, которые испытывают напряжение из-за других обстоятельств, таких как бедность и неблагоприятные социальные условия, психотравмирующие события, психопатологическая симптоматика у родителей, супружеские разногласия, разлука и развод. Несомненно, некоторые данные свидетельствуют о том, что комбинация недоброжелательных условий воспитания детей, низкого социального статуса, семейной нестабильности и разногласий между родителями может быть в какой-то степени специфичной для проявлений антисоциального поведения, а не для нарушений адаптации в более широком смысле (Henry *et al.*, 1993).

Как подчеркивал Campbell (1995), эти данные могли бы на самом деле отражать либо генетические, либо средовые влияния или их взаимодействие. Детей с проявлениями антисоциального поведения больше в семьях, в которых один или оба родители также демонстрируют склонность к антисоциальному поведению (Cohen *et al.*, Farrington *et al.*, 1996; Frick *et al.*, 1992); известно также, что родители с антисоциальными проявлениями создают менее чем оптимальные условия для воспитания (Rutter *et al.*, 1998). Таким образом, некоторая наблюдаемая связь между стилем воспитания родителями и проявлениями в поведении ребенка, по-видимому, отражает пассивные корреляции «генотип–среда. На сегодняшний день трудно оценить степень этого влияния, поскольку до сих пор исследования по изучению характеристик родителей и стиля воспитания ими детей в рамках генетически информативных планов не проводились. Современные данные свидетельствуют о том, что проксимальные факторы риска заключаются в суровом, с применением мер принуждения, воспитании, а антисоциальные характерные черты у родителей оказывают существенное влияние, воздействуя на стиль воспитания (Bank *et al.*, 1993). Однако дальнейшие исследования помогут прояснить эти выводы.

Немного больше данных получено о роли взаимосвязи эвокативных и активных факторов — как следствие, проявления в поведении ребенка вызывают у родителей негативный стиль воспитания. Два исследования по изучению приемных детей (Ge *et al.*, 1996; O'Connor *et al.*, 1998*a*) показали, что приемные дети с генетическим риском антисоциального расстройства поведения чаще, чем дети с низким риском, получают суровое воспитание в своих приемных семьях. Характеристики ребенка явно выполняют определенную роль в том, чтобы вызывать конкретную реакцию у родителей. Однако данные лонгитудинальных исследований свидетельствуют о том, что эти процессы составляют часть реципрокно действующих отношений между родителем и ребенком. Например, Campbell и коллеги (1996) установили, что недоброжелательный контроль в четырехлетнем возрасте служил прогностическим признаком проявлений антисоциального поведения в девятилетнем возрасте после внесения поправки на предшеству-

ющие нарушения поведения и стабильность этих двух серий оценок. Важно отметить, что перекрестно-запаздывающая корреляция материнского контроля в раннем возрасте ребенка с нарушениями поведения в дальнейшем была сильнее, чем корреляция поведения ребенка с контролем со стороны отца. Cohen и Brook (1995) сообщали об аналогичном принципе. Учитывая вмешивающиеся переменные, они установили, что наказания в раннем детском возрасте ассоциировались с нарушениями поведения в дальнейшем (отношением шансов выше 3). Поведение ребенка также оказывало значимое влияние на наказание со стороны родителей, но только у детей младшего возраста из их выборки, изучавшихся с раннего детства до младшего подросткового возраста. В дальнейшем в процессе перехода к подростковому возрасту эти эффекты исчезали. Эффекты наказания были одинаковыми среди мальчиков и девочек, но взаимодействовали с нарушениями поведения в раннем возрасте: суровое наказание оказывало самое сильное влияние на дальнейшие нарушения поведения у детей, у которых уже отмечались трудности в момент первого обследования.

Эти данные свидетельствуют о том, что некоторые эффекты недоброжелательных условий воспитания почти несомненно включают средовые влияния. При этом допущении исследователи пытались рассматривать конкретные наиболее вредные аспекты воспитания и механизмы их действия. В ряде исследований были выделены три основных конструкта: первый — суровое воспитание с применением принуждения, включая физическое наказание; второй — враждебные отношения между родителем и ребенком с использованием критических замечаний; третий — неэффективный, непоследовательный стиль воспитания детей, часто включающий плохой контроль и неадекватный надзор. В других главах этой книги описываются некоторые ключевые психологические процессы, которые, по-видимому, лежат в основе этих связей: нарушенная безопасность привязанности (DeKlyen & Speltz, глава 12); процессы социального научения (Kiesner *et al.*, глава 10); влияние враждебного отношения и агрессии на обработку информации и атрибуции у детей (Pettit *et al.*, глава 11). Сейчас мы остановимся на конкретном вопросе, который стал предметом широкой полемики.

Насколько само по себе физическое наказание, не достигающее степени жестокого обращения, негативно влияет на развитие детей? Этот вопрос, вызвавший непрекращающиеся дискуссии, одинаково важен для родителей, разработчиков политики и исследователей. Современные данные нельзя считать исчерпывающими, но они могут касаться нескольких довольно разных проблем. Во-первых, эффекты могут варьироваться в зависимости от того, какое значение или смысл имеет наказание для ребенка. Например, Deater-Deckard и коллеги (1996) установили, что в разных культуральных группах эффекты различались: в их выборке (США) показано, что физическое наказание было четко связано с нарушениями поведения у белых детей, но мало, если вообще было, связано в выборке, состоявшей из афроамериканцев. Авторы полагали, что во многих культурах авторитарный стиль воспитания детей отвергается, однако в некоторых он может рассматриваться как показатель родительской вовлеченности и заботы. В том случае, если его считают приемлемым и легитимным, неблагоприятные эффекты физического наказания кажутся менее заметными. Аналогично, основной характер отношений «родитель–ребенок» также может смягчать эффекты, поэтому физические наказания в контексте в основном теплых отношений между родителями и ребенком также могут иметь менее вредные последствия, чем при напряженных отношениях.

Во-вторых, Deater-Deckard и Dodge (1997) предполагали, что связи с факторами риска при проблемных формах поведения имеют нелинейный характер и варьируются в зависимости от степени тяжести, частоты и интенсивности применяемого наказания. Такая модель позволила бы успешно привести в соответствие несовместимые данные о связи между физическим наказанием и проявлениями проблемного поведения, о которых сообщается в исследованиях по изучению клинических и неклинических выборок: в популяционных исследованиях часто отмечаются умеренные корреляции (Rothbaum & Weisz, 1994), но в группах, состоящих из детей, направленных на консультацию к специалисту или с расстройством, — более сильные. Родители детей с расстройством поведения могут прибегать к более грубым физическим наказаниям, чем большинство других родителей; поэтому при крайних значениях размаха возникают явно более сильные корреляции между суровым наказанием и экстернализованными формами поведения. Наконец, возможны существенные индивидуальные различия в восприимчивости детей к неблагоприятному воспитанию родителями; так, взаимодействие трудного темперамента с характеристиками воспитания приводит к неблагоприятным последствиям. Еще раз отметим, что в настоящее время некоторые доступные данные подтверждают эту точку зрения, но необходимо получить гораздо больше данных, чтобы определить, какие конкретные характеристики подвергают детей самому высокому риску.

Возвращаясь к более важному вопросу воспитания, кажется вероятным, что различные аспекты стиля воспитания ассоциируются с риском возникновения нарушений поведения в различные периоды развития. Как упоминалось, метод враждебного — с применением принуждения — воспитания, по-видимому, особенно характерен для раннего начала нарушений поведения, возникающих в детские годы. При более позднем начале, очевидно, имеет значение совокупное влияние (Moffitt, 1993). В частности, индивидуальная уязвимость кажется менее заметной, а влияние среды в основном зависит от присоединения к девиантным сверстникам, а не от семейных факторов риска. Придерживаясь этой точки зрения, Capaldi и Patterson (1994) установили, что семьи детей, у которых делинквентное поведение началось в подростковом возрасте, обычно занимают промежуточное положение между семьями детей с ранним началом и семьями «неделинквентов», если учитывать доход, неблагоприятные социальные условия, показатели антисоциального поведения родителей и частоту перемены семьей места жительства. Дисциплина и контроль оказались более благоприятными, чем в семьях детей, у которых делинквентное поведение проявилось впервые в детском возрасте, и не отличались от таковых в семьях «неделинквентов». Нарушения поведения с началом в более позднем возрасте, очевидно, объясняются процессами, которые способствуют (или не препятствуют) вовлеченности в группы делинквентных сверстников. В этом случае очевидно имеют значение процессы, которые продолжаются в семье: напряженные семейные отношения могут содействовать бегству в группы сверстников, а плохой контроль и неадекватный надзор не препятствуют связям с девиантными сверстниками. Кроме того, влияние местных условий и школы также может иметь более важное значение. В следующих разделах мы возвратимся к этим вопросам.

Наконец, хотя несовпадающие факторы риска кажутся менее важными для появления нарушений поведения, чем для других форм детской психопатологии, эффекты воспитания в неблагоприятных условиях, несомненно, существенно варьируются у каждого ребенка в отдельности в одной и той же семье. Давно признано, что превращение в козла отпущения и другие формы дифференцированного обращения с детьми значимы в

клинической практике. Однако исследователи лишь недавно начали изучать подобные вопросы. Например, Reiss и коллеги (1995) проверяли эффекты недоброжелательного отношения родителей в семьях минимум с двумя однополыми сибсами подросткового возраста. Хотя негативное отношение к сибсам значимо коррелировало, полного совпадения ни в коем случае не наблюдалось; важно отметить, что воспитательные меры, специально направленные на каждого подростка, оказались наиболее сильными коррелятами степени тяжести их нарушений; высказывались также предположения, что негативное отношение к другому сибсу в некоторых случаях могло служить защитным фактором от проявлений антисоциального поведения. O'Connor и коллеги (1998*b*) еще раз обратились к этим данным, используя методы кластеризации с помощью оценок взаимоотношений во многих семьях, чтобы сравнить взгляды членов семей на условия развития детей. Четко вырисовались кластеры различных взаимоотношений, надежно прогнозировавшие степень выраженности проявлений антисоциального поведения. Невозможно было свободно охватить колебания риска с помощью моделей основных эффектов частных взаимоотношений; особенности отношений между родителями, между родителями и детьми, а также между сибсами — все они в отдельности вносили вклад в эффекты. Неприязненные семейные взаимоотношения наряду с менее чем оптимальным воспитанием явно и существенно усугубляли риск возникновения нарушений поведения. Более сложные планы исследований, которые находят все более широкое распространение, позволят глубже понять эти эффекты.

Жестокое обращение и заброшенность

Хотя нередко трудно провести четкую границу между суровым воспитанием и более неконтролируемыми, жестокими формами наказания, в отдельных источниках литературы речь идет о том, в какой степени неблагоприятные условия воспитания в детстве (включая сексуальное насилие, жестокое обращение и заброшенность) ассоциируется с повышенным риском возникновения агрессии, нарушений поведения и преступности.

Современные данные свидетельствуют о том, что указанные признаки выполняют определенную роль, хотя и более скромную, чем когда-то ожидалось, и отнюдь не являются специфическими для возникновения антисоциального поведения. Плохое обращение с детьми в раннем детстве ассоциируется с широким спектром трудностей, включая экстернализованные и интернализованные симптомы и низкую самооценку (Cicchetti & Toth, 1995). В этом возрасте именно жестокое обращение, а не сексуальное насилие или заброшенность наиболее четко связано с экстернализованными нарушениями поведения (см. обзор Coie & Dodge, 1998). Опросы населения как о жестоком обращении (Fergusson & Lynskey, 1997), так и о сексуальном насилии (Fergusson *et al.*, 1996) в подростковом возрасте указывают на связь с повышенным риском возникновения психопатологической симптоматики; еще раз отметим, что расстройство поведения — это лишь одна из нарушаемых сфер. При изучении эффектов жестокого обращения обязательно возникают как методологические, так и этические проблемы. Как следствие, значительная часть современных данных получена либо в сравнительных исследованиях групп детей, обращавшихся за помощью, с использованием метода случай–контроль, либо из ретроспективных сообщений о плохом обращении, полученных в более поздний период жизни. С точки зрения рисков совершения правонарушений проспективное исследование Widom подтвержденных случаев жестокого обращения и

заброшенности дает некоторые — на сегодняшний день наиболее удовлетворительные — данные (Widom, 1989, 1997). В подростковом возрасте были арестованы 26% заброшенных и подвергавшихся жестокому обращению подростков по сравнению с 17% в контрольной группе, состоявшей из попарно подобранных сверстников; сопоставимые показатели у взрослых соответственно составили 29 и 21%. Несмотря на то, что плохое обращение было связано с несколько повышенным риском совершения правонарушений, как свидетельствуют эти цифры, эффекты оказались относительно скромными и большинство выборки, участники которой подвергались жестокому обращению, в дальнейшем не становились правонарушителями. Риск совершения именно насильственного преступления также незначительно возрос — как это отмечалось и в других исследованиях (Smith & Thornberry, 1995; Zingraff *et al.*, 1993).

Widom (1997) также проверяла показатели антисоциального расстройства личности у участников изучавшейся выборки в период взрослой жизни. Здесь отмечался более повышенный риск у мальчиков-подростков, которые подвергались жестокому обращению (20,3% по сравнению с 10,1% в контрольной группе), хотя в женской выборке разница не достигала статистической значимости. В Национальном исследовании коморбидности ретроспективные данные об агрессии отцов также сильнее ассоциировались с антисоциальным расстройством личности (ОШ = 4,4), чем с расстройством поведения детского возраста (ОШ = 2,5) (Kessler *et al.*, 1997*b*). Основные факторы риска жестокого обращения можно применить к более широкому спектру нарушений личности, а не к расстройству поведения или к делинквентности как таковым. Продолжается исследование механизмов, лежащих в основе этих связей. В настоящее время можно считать, что к ним относятся как аффективные, так и когнитивные компоненты, при этом жестокое обращение препятствует формированию безопасного типа привязанности, нарушает регуляцию эмоциональной сферы, а также способствует формированию враждебных атрибутивных тенденций. Оказывается, что у детей, воспитывавшихся в семьях, где они подвергались угрозам и жестокому обращению, происходит повышенное возбуждение (эраузел) ЦНС в ответ на конфликт, гнев и дистресс. В дополнение к этому (Pettit и коллеги обсуждают этот вопрос в 11-й главе этой книги) они могут проявлять чрезмерную настороженность к враждебности, начинают предполагать враждебные намерения со стороны других людей и чаще реагировать в соответствии со своими предположениями. Наконец, некоторые эффекты могут быть опосредованы физиологическими эффектами стресса, пережитого в раннем возрасте (Widom, 1997).

Супружеские разногласия и распад семьи

Кроме враждебности, направленной на ребенка, расстройство поведения также сильно связано с разногласиями между родителями. Со времени проведения первых эпидемиологических исследований в области детской психиатрии «разрушенные семьи» вышли на первый план как факторы риска возникновения расстройства поведения (Rutter *et al.*, 1970); широкий диапазон данных, полученных на сегодняшний день, свидетельствует о связи развода родителей с высокими показателями агрессивного поведения, нарушений поведения, делинквентности и совершения преступлений в период взрослости (см. обзор Rodgers & Pryor, 1998). Обычно риск возникновения экстернализованных форм поведения возрастает почти вдвое у детей из разведенных семей, наиболее заметен в период непосредственно после развода, более высокий для мальчиков, чем для девочек. Эти

эффекты далеко не специфические: развод родителей ассоциируется с широким спектром неблагоприятных последствий, включая эмоциональный дистресс, низкий уровень образования и воздействие на соматическое здоровье (Rodgers & Pryor, 1998).

Чтобы установить, какие аспекты супружеских отношений выполняют основную роль в появлении этих эффектов, проверяли несколько гипотез. Сравнения между смертью родителя и разводом свидетельствуют о том, что одна только смерть родителя не была основным компонентом; у детей, переживших тяжелую утрату, наблюдаются четкие признаки дистресса, однако долгосрочные трудности отмечаются реже, чем у детей, чьи родители развелись. Например, в Национальном исследовании коморбидности отношение шансов возникновения нарушений поведения в детском возрасте не повышалось из-за смерти родителей, но в три раза увеличивалось после развода родителей (Kessler *et al.*, 1997*b*). Далее, все больше признается, что развод представляет собой процесс, а не однократное событие. Отношения между родителями часто становятся напряженными задолго до неизбежной разлуки и могут продолжаться в течение продолжительного времени после развода. Проспективные исследования показали, что у многих детей усиливались нарушения поведения до развода, что свидетельствует о том, что конфликт и разногласия, часто предшествующие разводу, могут быть основными компонентами риска (Cherlin *et al.*, 1991).

После развода родителей дети часто сталкиваются с каскадом других трудностей: несчастные родители, у которых снижается способность реагировать на потребности своих детей; финансовые трудности семьи; перемена места жительства и школы; если родители вступают в повторный брак — отношения с новым родителем и сводными сибсами. Каждый из этих факторов действительно мог бы усугублять риск возникновения нарушений поведения. Современные данные свидетельствуют о том, что супружеские разногласия в сочетании с возможным опытом неоднократных переездов семьи, по-видимому, служат наиболее важными факторами-медиаторами. В ряде исследований установлено, что ключевую роль играет конфликт между родителями. Например, у детей из полных, но конфликтных семей последствия хуже, чем у детей из любящих, но распавшихся семей; семейный конфликт служит прогностическим признаком возникновения проявлений антисоциального поведения после внесения поправки на разлуку, но обратное не наблюдается (см. обзор Rutter *et al.*, 1998). Однако неоднократные переезды семьи также могут давать независимые эффекты, возможно, из-за нарушения последовательности в процессе воспитания (Patterson & Capaldi, 1991).

Как же супружеские и семейные конфликты влияют на ребенка? Изучались разные варианты (Fincham *et al.*, 1994; Rutter, 1994; Moffitt & Caspi, 1998). Во-первых, эффекты возникают путем моделирования наблюдаемой в семье агрессии и враждебности или через воздействие на процесс обработки социальной информации. Во-вторых, давление на эмоциональную сферу ребенка нарушает способность регулировать эмоциональные реакции и развивать полезные стратегии совладания. В-третьих, разногласия разрушают качественный процесс воспитания. В этом случае исследователи высказывают предположение, что супружеский конфликт нарушает согласованность, последовательность и качество дисциплинарных мер, повышает вероятность суровых наказаний за нарушение дисциплины или приводит к ссорам между родителями по поводу дисциплины, в которые непосредственно вовлекается ребенок. Качество эмоциональных связей между родителями и ребенком также может страдать по-разному. Хорошие супружеские взаимоотношения предполагают сердечное и отзывчивое отношение к ребенку, поэтому

супружеские разногласия в сочетании со связанным с ними давлением на эмоциональную сферу родителей снижают способность тонко реагировать на потребности своих детей. Кроме того, определенное влияние на отношения между родителями и ребенком возможно из-за так называемых «избыточных» эффектов (Engfer, 1988), которые проявляются в том, что разрушающиеся отношения между супругами непосредственно влияют на методы их взаимодействия со своими детьми. Наконец, в этой сфере, как и в других, довольно заметны индивидуальные различия в ответной реакции. На сегодняшний день сравнительно мало известно о факторах, которые особенно усиливают уязвимость некоторых детей к разногласиям родителей. Однако, как отмечают Moffitt и Caspi (1998), некоторые наблюдаемые связи могут отражать участие генетических факторов. Как упоминалось, Cadoret и коллеги (1995) в своем исследовании нарушений поведения у приемных детей сообщали о взаимодействиях «генотип–среда», при этом приемные дети с генетическими факторами риска оказались наиболее восприимчивыми к неблагоприятным факторам среды, включая (в этом случае) супружеский конфликт между приемными родителями. Генетическая уязвимость может особенно повышать восприимчивость некоторых детей к воздействию разногласий и насилия в семье.

Бедность и неблагоприятные социальные условия

Многие семьи, имеющие детей с расстройством поведения, часто сталкиваются с социальными стрессорами, а также со стрессорами в межличностных отношениях. Недавно полученные данные свидетельствуют о том, что эффекты бедности и неблагоприятных социальных условий сильнее всего коррелируют с когнитивными навыками и успехами в учебе у детей (Duncan & Brooks-Gunn, 1997). Тем не менее сообщается о стойкой связи с поведенческими последствиями. Влияние на экстернализованные нарушения поведения, очевидно, более заметно у мальчиков, чем у девочек; периодические лишения ассоциируются с несколько повышенным риском возникновения нарушений поведения, однако эффекты наиболее заметны у детей в семьях, постоянно сталкивающихся с экономическими трудностями (Bolger *et al.*, 1995). Farrington и Loeber (1998) сообщали об отношении шансов 2,6 и 3,2 (соответственно в Лондоне и Питтсбурге) влияния низкого дохода на делинквентность мальчиков, а в проведенном в Онтарио исследовании здоровья детей Lipman и коллеги (1996) определили атрибутивный риск, связанный с бедностью, при нескольких детских психических расстройствах. Несомненно, такие оценки в значительной степени зависят от уровня бедности в изучаемой популяции. В выборке из Онтарио 17,5% детей жили в семьях с низким доходом. Среди 6–11-летних самый высокий атрибутивный риск (до 36%) отмечался для расстройства поведения, но также был повышен для эмоциональных расстройств (32%), а также для ухудшения общих показателей социального функционирования в этот возрастной период. В целом эффекты были более скромные в подростковом возрасте.

Процессы, лежащие в основе этих связей, изучались с двух точек зрения: рассматривалась бедность отдельных семей в контексте неблагоприятных местных условий, а также непосредственно в семьях для выяснения более проксимальных (связанных с ближайшим окружением) факторов риска. Как мы далее покажем, факторы на уровне местных условий, по-видимому, дают независимые эффекты. Однако даже после их

учета бедность отдельных семей ассоциируется с повышенным риском проявлений агрессии и совершения насильственного преступления. Самые последние данные свидетельствуют о том, что эти эффекты косвенные. Например, McLoyd и коллеги (1990) утверждали, что более проксимальные факторы влияния обусловлены особенностями воспитания. Бедность вызывает у родителей напряжение, а также сокращает доступные средства для их существования. Эти факторы в свою очередь повышают риск сурового воспитания или воспитания с применением принуждения, а также снижают эмоциональную доступность, необходимую детям. В настоящее время как в городских, так и в сельских выборках (в раннем детстве и в подростковом возрасте) были получены данные, явно согласующиеся с этой моделью (Conger *et al.*, 1994; Dodge *et al.*, 1994). С течением времени они, по-видимому, также сохраняют свою устойчивость. Например, Sampson и Laub (1994) повторно проанализировали данные классического исследования Glueck по изучению делинквентности, которое начало проводиться во времена депрессии 1930-х годов в США. Авторы также установили, что оценки суровых дисциплинарных мер, недостаточного контроля и слабой привязанности между родителями и детьми (факторы ближайшего окружения) служили косвенным признаком влияния бедности и структурных факторов биографии на делинквентность. Во всех этих разных исследованиях от половины до двух третей наблюдавшейся связи между низким доходом, неблагоприятными социальными условиями и нарушениями поведения в детском возрасте можно «объяснить» такими медиаторами социализации семьи.

Во многих обществах группы этнических меньшинств подвергаются несоразмерно тяжелым экономическим лишениям. Однако в последнее время некоторые исследователи сообщают о том, что в этих группах эффекты оказываются менее заметными. Например, Guerra и коллеги (1995) установили, что в городах США дети афро- и латиноамериканцев чаще, чем белые, происходили из семей, имеющих почти официальный прожиточный минимум, однако бедность отдельных семей ассоциировалась с агрессией только среди белых детей. Bolger и коллеги (1995) обнаружили аналогичную закономерность. Costello и коллеги (1999) изучали эффекты у детей в сельской местности юга США, где четверть белых и почти две трети американских индейцев происходили из семей, доход которых был ниже федеральной нормы прожиточного минимума. Опять же, бедность повышала вероятность возникновения расстройства поведения в белой популяции, а среди американских индейцев повышение было незначимым. По мнению этих авторов, там, где социальная мобильность регулируется ограниченными возможностями для трудоустройства и чрезвычайно низким уровнем дохода, процессы социального отбора, которые устанавливают связь нарушений в психической сфере с социальным статусом, во многих сообществах могут не действовать. Однако даже в таких случаях сравнительная бедность имела некоторые эффекты, свидетельствующие о том, что воспринимаемый статус может усугублять риск даже в очень неблагополучных группах.

Контекстуальные факторы по месту жительства

Многие дети в бедных семьях также взрослеют в неблагоприятном соседстве, и показатели нарушений поведения, агрессии и других экстернализованных форм поведения систематически варьируются в разных местных условиях. В Великобритании Rutter и коллеги (1975*a*) установили, что показатель распространенности расстройст-

ва поведения в центральном районе города почти удваивался, аналогичные эффекты урбанизации были подтверждены в скандинавских странах (Wichström *et al.*, 1996). В одном из исследований, в которых изучались эффекты соседства в выборке с генетическим риском, Majumder и коллеги (1998) установили, что преступность в районе проживания и социальная сплоченность повышали прогностическую вероятность проявлений дезорганизованного поведения среди мальчиков.

С экологической точки зрения основной вопрос, возникший после получения этих данных, состоит в следующем: в какой степени предикторы на уровне сообщества, независимые от индивидуальных и семейных факторов риска или дополняющие их, повышают риск возникновения расстройства. Традиционное мнение криминологов таково: факторы на уровне населения — в особенности бедность, непостоянство места жительства и нарушение социальной интеграции сообщества — влияют на показатели насильственных преступлений (см. обзор Sampson & Lauritsen, 1994). Такая тенденция в настоящее время достаточно убедительно установлена в отношении преступности совершеннолетних. Например, в одном серьезном исследовании было наглядно продемонстрировано, что колебания в степени социальной сплоченности и общественного контроля в районе проживания оказывали существенное опосредованное влияние на связь между насильственным преступлением, чрезмерно невыгодным положением и непостоянством места жительства (см. обзор Sampson *et al.*, 1997).

Что касается последствий у детей и подростков, результаты могут варьироваться в зависимости от стадии развития. Например, Rutter и коллеги (1975*b*), исследовав десятилетних детей, пришли к выводу, что различия в расстройстве поведения у детей в зависимости от местности одновременно отражали колебания показателей семейных и школьных факторов риска: стрессоры центральных районов города в первую очередь влияли на семью и школу. Результаты недавно проводившегося анализа свидетельствуют как о прямых, так и о косвенных эффектах. Например, показатели жестокого обращения с ребенком выше в сообществах, в которых наблюдаются социальные беспорядки и другие формы насилия, свидетельствующие о том, что факторы на уровне сообщества влияют на показатели семейных факторов риска. Кроме того, выявляются независимые эффекты подвергания насилию в сообществе (Lynch & Cicchetti, 1998). В некоторых случаях эти факторы риска оказываются непосредственными и проксимальными (ближайшими) для ребенка: по данным сообщений, в местности с постоянно неблагоприятными условиями даже очень маленькие дети оказываются свидетелями стрельбы, поножовщины и других форм уличного насилия (Osofsky, 1995). Колебания степени подвергания насилию в сообществе, по-видимому, не сильно связаны с особенностями семейных взаимоотношений или воспитания, поэтому они отражают до некоторой степени независимые, специфические для района проживания, характеристики (Gorman-Smith & Tolan, 1998).

В отношении детей старшего возраста и подростков могут действовать другие процессы на уровне местных условий жизни. В этом случае Jencks и Mayer (1990) предполагают ряд возможных вариантов, включая механизмы контагиозности, способствующие распространению различных форм поведения под влиянием сверстников; коллективную социализацию, при которой образцы для подражания в районе проживания и уровень наблюдения служат мерами неформального общественного контроля; модели соперничества, в соответствии с которыми индивиды борются за скудные ресурсы жилого района; процессы относительной депривации, в силу которых индивиды оценивают

свой сравнительный вес в обществе в сопоставлении с другими людьми в районе проживания. Hawkins и коллеги (1998) предлагают краткий обзор данных, относящихся к этим моделям в североамериканских выборках. Повышенный риск проявлений насилия среди несовершеннолетних отмечался в жилых районах, в которых были легкодоступны наркотики, где подростки могли наблюдать у взрослых примеры насилия и расовой предубежденности, где часто отмечались случаи нарушения общественного порядка. Различия в показателях нарушений поведения в городской и сельской местности также ассоциировались с колебаниями в употреблении психоактивных веществ и в проявлениях антисоциального поведения сверстников в совершенно иной обстановке норвежского города (Wichström *et al.*, 1996). В некрупных районах США Simons и коллеги (1996) выявили косвенное влияние неблагоприятных местных условий на показатели нарушений поведения среди мальчиков, а также эффекты, связанные с количеством неполных семей в жилом районе, среди девочек; оба, очевидно, косвенно влияли через связи с девиантными сверстниками. Таким образом, влияние сверстников по принципу контагиозности может существенно усугублять у подростков эффекты района проживания.

Школьная среда

Школьная обстановка имеет большое значение для развития детей. Криминологи давно заметили, что плохая успеваемость, прогулы занятий и слабая связь со школой играют определенную роль в возникновении делинквентности (см. Hawkins*et al.*, 1999), а школьные переживания являются одним из очевидных источников несовпадающих средовых влияний на формирование поведения. Однако до настоящего времени школьным факторам, влияющим на детей, уделялось лишь ограниченное внимание в связи с детскими психическими расстройствами (Maughan, 1994).

С первого взгляда, доказательство связи между школьными переживаниями и трудностями, связанными с поведением, очевидно. Отдельные школы разнятся по своим показателям делинквентности, деструктивному поведению в классе и прогулам уроков даже после внесения поправки на колебания общего количества учащихся в них (Mortimore, 1995; Rutter *et al.*, 1979). Например, Mortimore и коллеги (1988) установили, что учеба в школе объясняла около 10% отклонений комбинированного показателя нарушений поведения в городских начальных школах после внесения поправки на возраст, пол и социальное происхождение. В лонгитудинальном исследовании, в котором изучались подростки, Kasen и коллеги (1990) в процессе двухлетнего катамнестического наблюдения установили связь между школьной атмосферой и изменением показателей расстройства с дефицитом внимания, оппозиционных форм поведения и нарушений поведения; в лонгитудинальном исследовании школ Maughan и коллеги (1990) выявили, что частота прогулов в «плохих» школах заметно уменьшилась после назначения новых директоров. Хотя различия в результатах поведения в школе в основном более скромные, чем различия в уровне знаний, тем не менее отклонения между показателями школ, по-видимому, ассоциируются со стойкими различиями в риске возникновения нарушений поведения.

Здесь, вероятно, происходит несколько довольно разных процессов (и прямых, и косвенных). Первые относятся к аспектам школьной атмосферы и организации. Для школ, в которых у детей отмечаются более положительные результаты, характерны более

продуктивные методы руководства классом, целеустремленное руководство, адекватное внимание к учебным занятиям, а также последовательные, но не чрезмерно суровые санкции (Mortimore, 1998). Некоторые из идентифицированных факторов повторяют семейные корреляты нарушений поведения: например, Kasen и коллеги (1990) установили, что низкие показатели школьных конфликтов (например, «учителя часто кричат на учеников») ассоциировались с уменьшением частоты нарушений внимания и поведения в подростковом возрасте, тогда как Nichol и коллеги (1985), уделяя основное внимание детям с выраженными проявлениями дезорганизованного поведения, описали восходящие по спирали негативные эмоции между учителем и учеником, очень напоминающие порочный круг во взаимоотношениях в семьях.

Мало известно о том, как возникают эти изменения в школьном психологическом микроклимате. Естественные исследования по изучению изменений в школе (Ouston & Maughan, 1991), так же как и быстро расширяющаяся литература об «усовершенствовании школы» (Mortimore, 1998), свидетельствуют о том, что персонал школы с помощью целенаправленных стратегий может повлиять на дух и обстановку в школе. Точно так же ясно, что школьная атмосфера, подобно семейной, будет отражать взаимодействие факторов влияния ребенка и учителя. Известно, что от характерных особенностей ребенка зависит то, какие методы регулирования его поведения будет использовать учитель (Eder, 1982); и в некоторых школах с высокими показателями нарушений поведения персонал не станет урегулировать трудные ситуации, если проблемы превышают определенный критический уровень (Ouston & Maughan, 1991). Так же как дезорганизованные формы поведения вызывают негативные реакции у родителей, так они могут вносить вклад и в организационный климат школ.

Второй основной путь влияния школьных факторов определенно связан с детьми. Школы предоставляют единую и очевидную окружающую обстановку для формирования однородных по составу групп, и значительная часть демонстрируемого до настоящего времени влияния школы можно приписать эффектам сверстников. Уже в первом классе состав групп сверстников ассоциируется с формированием как застенчивости, так и агрессивных форм поведения (Werthamer-Larsson *et al.*, 1991). Даже у детей при случайном распределении их в классы Kellam и коллеги (1998) установили быстрое формирование групповых различий в уровне агрессии. Важно отметить, что характеристики этих групп служили прогностическими признаками дальнейших последствий: риск проявлений агрессии заметно повышался у агрессивных мальчиков в классах с высоким уровнем проявлений агрессии, но не у тех, кто был в группе с низким уровнем проявлений агрессии. Rutter и коллеги (1979) получили аналогичные результаты в подростковом возрасте: общий уровень знаний в изучаемых школах служил независимым предиктором делинквентности у мальчиков, в дополнение к рискам, связанным с индивидуальными характеристиками ребенка. Caspi и коллеги (1993), изучая делинквентность у девочек, установили, что объединение с делинквентными сверстниками опосредованно влияло как на инициирование, так и на стойкость нарушений поведения. В этом случае эффекты были особенно заметными в школах с совместным обучением детей обоего пола, где одобрение делинквентности со стороны сверстников, по-видимому, было более распространенным.

Могут возникать другие косвенные эффекты. У многих детей с расстройством поведения отмечается низкий уровень успеваемости в школе, кроме того, установлено, что несостоятельность в учебе, в свою очередь, была стойким предиктором делинквентности

(Maguin & Loeber, 1996). Опять же, здесь может иметь значение влияние сверстников: например, Dishion и коллеги (1991) установили, что несостоятельность в учебе и отвержение сверстниками в старшем детском возрасте были основными предикторами вовлечения младших подростков делинквентными ровесниками в свою группу. С несколько иной точки зрения сторонники теории социального контроля утверждают, что положительная привязанность к школе может выполнять функцию защитного фактора против делинквентности и преступности (Hirshi, 1969). В соответствии с этими прогностическими факторами Lynam и коллеги (1993) продемонстрировали, что связь между коэффициентом интеллекта и делинквентностью была опосредована достижениями в учебе у черных, но не у белых учеников раннего юношеского возраста; это свидетельствует о том, что приверженность учебе может выполнять важную роль, когда другие социальные связи слабые.

Эти данные, имеющие разброс, свидетельствуют о том, что школьный опыт, пусть и опосредованный, служит основанием для того, чтобы постоянно уделять внимание моделям контекстуальных рисков возникновения нарушений поведения. Как и в других сферах риска, эффекты, по-видимому, варьируются для разных групп детей. Например, при раннем начале расстройства поведения очень агрессивные дети демонстрируют сильную устойчивость проявлений поведения в разных условиях, когда они начинают учиться в школе (Ramsey, 1990), а во время учебы в школе у них нередко отмечаются нарушения дисциплины, несостоятельность в учебе и отвержение сверстниками с раннего возраста. Наоборот, в группах с началом в подростковом возрасте бывают незначительные трудности в первые годы учебы, но школьная обстановка может играть важную дополнительную роль в формировании дезорганизованного поведения у подростков, возможно, в первую очередь опосредованно через влияние сверстников.

Кумуляция и конфигурация факторов риска

Эти факторы в совокупности свидетельствуют о том, что в комплексных моделях влияния контекстуальных факторов на нарушения поведения необходимо учитывать каждый из этих варьирующихся типов и степень выраженности эффектов. У некоторых детей несомненно будет отмечаться их ковариация. Данные раннего эпидемиологического исследования (Rutter *et al.*, 1975*b*) свидетельствуют о том, что каждый взятый в отдельности фактор риска сам по себе сравнительно мало влияет на возникновение расстройства, но когда факторы риска комбинируются, показатели его распространенности резко возрастают. В дальнейшем исследователи начали подробнее изучать эти эффекты, проверяя, насколько последствия у детей с множеством неблагоприятных факторов отражают эффекты общей кумуляции неблагоприятных факторов, а также оказывает ли специфическая конфигурация факторов риска специфическое воздействие. Например, Deater-Deckard и коллеги (1998) изучали как специфическое, так и кумулятивное влияние факторов риска, связанных с ребенком, социально-культурными условиями, воспитанием и со сверстниками, на формирование нарушений поведения в возрасте от 5 до 10 лет. Каждый фактор риска однозначно усиливал прогнозирование как у мальчиков, так и у девочек; кроме того, была также подтверждена кумулятивная модель, при этом общее количество факторов риска, независимо от того, какими они были, объясняло дальнейшую изменчивость последствий. С помощью кластерного анализа

определялись различные конфигурации рисков. Каждая конфигурация одинаково сильно предсказывала экстернализованные формы поведения в дальнейшем; траектории различных факторов риска, в том числе некоторых характеристик ребенка и особенностей воспитания, а также социально-культуральных факторов риска и влияния сверстников, по-видимому, в равной степени усугубляли дальнейшие неблагоприятные последствия. Gorman-Smith и коллеги (1998) также выявили различные кластеры факторов риска, которые служат прогностическими признаками серьезных хронических правонарушений среди несовершеннолетних. Эти данные, если они будут подтверждены, имеют большое значение и свидетельствуют о том, что разнообразные возрастные траектории рисков, различные для разных подгрупп детей, могут приводить к нарушениям поведения.

Гендерные различия

Наконец, мы возвращаемся к вопросу о гендерных различиях. Как отмечают Rutter и коллеги (1998), различные факторы риска нарушений поведения у мальчиков и у девочек могут включать психосоциальные процессы, протекающие по трем довольно разным путям: (1) посредством дифференцированного воздействия неблагоприятных влияний внешней среды; (2) разной восприимчивости к ним; (3) разнящихся типичных способов реагирования на стресс и на неприятности у мальчиков и у девочек.

Поскольку гендерные различия в показателях проявлений дезорганизованного поведения наиболее четко возникают в последние годы учебы в школе, они могут быть особенно благоприятным периодом для начала изучения эффектов. Keenan и Shaw (1997), анализируя данные нескольких исследований, выдвигают две главные гипотезы. Согласно первой гипотезе в раннем детстве опыт социализации у мальчиков и у девочек, по-видимому, несколько различается: матери чаще побуждают девочек младшего возраста вести себя просоциально, т. е. соблюдать социальные интересы, кроме того, они более положительно реагируют на застенчивость, а не на угрюмость и напряженное поведение у девочек. Таким образом, девочек поощряют демонстрировать чрезмерно, а не недостаточно контролируемое поведение, так что при возникновении нарушений они канализируются в «интернализованные», а не в «экстернализованные» способы выражения. Согласно второй гипотезе более быстрое развитие биологической, когнитивной и социально-эмоциональной сфер в раннем возрасте у девочек может способствовать формированию адаптивных навыков, защищающих от воздействия средовых стрессоров, а также предусматривает более адаптивные типы реакции. Обе гипотезы находят ограниченное подтверждение и требуют более глубокого изучения.

В старшем детском возрасте получены неоднозначные данные о дифференцированном воздействии неблагоприятных семейных событий. В случае воздействия некоторых факторов риска, например воспитание в бедности или переживание развода родителей, общий уровень воздействия, несомненно, будет почти одинаковым у мальчиков и у девочек. Однако вполне возможно, что мальчики чаще оказываются в роли козла отпущения или становятся мишенью для критических замечаний и враждебности, когда у родителей возникают напряженные отношения.

Результаты исследований по изучению семейных процессов социализации в популяционных выборках свидетельствуют о некоторых систематических гендерных различи-

ях (Lytton & Romney, 1991), но они, конечно, не могут отражать более экстремальные способы обращения с детьми, связанные с нарушениями поведения. Некоторые исследователи, сосредоточиваясь на изучении детей и подростков разного возраста, сообщали о почти одинаковых рисках внешнего воздействия на мальчиков и на девочек. Например, Cohen и Brook (1995) в своей популяционной выборке установили, что девочки, точно так же как и мальчики, подвергались чрезмерно жестоким наказаниям; кроме того, связь между наказанием и риском возникновения нарушений поведения была одинаковой. Данные о контроле противоречивы: в некоторых исследованиях сообщают о том, что за девочками присматривают гораздо пристальнее, чем за мальчиками, хотя другие исследователи обнаруживают некоторые колебания (Rutter *et al.*, 1998). Тем не менее этот фактор может служить некоторой защитой для девочек. Однако в целом, хотя данные о внутрисемейных колебаниях все еще в лучшем случае ограниченные, существует несколько указаний на систематические различия в воздействии неблагоприятной семейной атмосферы на мальчиков и на девочек. Чаще всего различается влияние со стороны сверстников. Колебания в базовых показателях нарушений поведения означают, что группы сверстников мужского пола, по-видимому, неизбежно используют модели более девиантного поведения, чем группы девочек; это может служить, особенно в подростковом возрасте, важным источником дифференцированного влияния и эффектов, усиливающих девиантное поведение (см. обзор Giordano & Cernkovich, 1997).

Четкие данные о большей уязвимости индивидов мужского пола по отношению к опасным физическим факторам свидетельствуют о том, что возможны четкие параллели в психосоциальной сфере (Rutter, 1970). Как мы знаем, по крайней мере в течение короткого времени, мальчики кажутся более уязвимыми по отношению к эффектам развода родителей, эффекты бедности также, по-видимому, сильнее у мальчиков. Однако сообщалось о некоторых других устойчивых различиях; мальчики и девочки, по-видимому, одинаково уязвимы по отношению к эффектам попечения в учреждении (Rutter *et al.*, 1990), и, как отмечалось, в некоторых исследованиях была продемонстрирована близко сопоставимая связь физического наказания с дальнейшими последствиями у индивидов мужского и женского пола. Deater-Deckard и коллеги (1998), проанализировав более обширный спектр факторов риска, пришли почти к аналогичным выводам. Базовые показатели расстройств поведения в раннем детстве были выше среди мальчиков, однако прогностические индивидуальные, социально-культурные, семейные факторы, а также факторы, связанные со сверстниками, были одинаковыми для лиц обоего пола; это свидетельствует о том, что, как минимум, на этой стадии развития уязвимость у мальчиков и у девочек по отношению к контекстуальным рискам очень похожа. Если гендерные различия в степени уязвимости все же возникают, доступные в настоящее время данные свидетельствуют о том, что они ограничиваются конкретными сферами.

Выводы

Исследование факторов риска нарушений поведения в детском возрасте имеет долгую и показательную историю. Многие основные контекстуальные риски были идентифицированы десятки лет назад и с тех пор с удивительной регулярностью подтверждались в разных выборках, условиях и в разные периоды времени. Однако, как подчеркивалось в этой главе, во многих отношениях мы все еще в начале, а не в конце

пути к пониманию их эффектов. Новые подходы принесли новые вызовы, а также пролили новый свет на хорошо установленные связи. Вопросы о процессе развития остаются малопонятными, а сложные связи между биологическими особенностями и социальными факторами риска сейчас только начинают исследоваться. Планы исследований отстали от разработки моделей влияния контекстуальных рисков; здесь также начинают внедряться более комплексные модели. Следующее поколение исследований, которые будут основываться на этих различных достижениях, должно приблизить нас к пониманию контекстуальных трудностей реальной жизни многих детей.

ЛИТЕРАТУРА

Bank, L., Forgatch, M.S , Patterson, G.R. & Fetrow, R.A. (1993). Parenting practices of single mothers: mediators of negative contextual effects. *Journal of Marriage and the Family, 55,* 371–84.

Bardone, A.M., Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N. & Silva, P.A. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology, 8,* 811–29

Baron, R. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–82.

Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. CIBA Foundation Symposium 194. *1995 Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour,* pp. 99–194.

Bolger, K.E., Patterson, CJ., Thompson, W.W. & Kupersmidt, J.B. (1995). Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Development, 66,* 1107–29.

Bornstein, M.H. (Ed.) (1995). *Handbook of Parenting.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Boyce, W.T., Frank, E., Jensen, P.S., *et al.* (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology, 10,* 143–64.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cadoret, RJ., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M.A. (1995). Geneticenvironmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 916–24.

Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in prechool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 113–49.

Campbell, S.B., Pierce, E.W., Moore, G., Marakovitz, S. & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology,* 8, 701–19.

Capaldi, D. & Patterson, G.R. (1994). Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. In D. Fowles, P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and Social Personality: a developmental perspective* (pp. 165–98). New York Springer.

Caspi A., Lynam D., Moffitt T.E. & Silva P.A. (1993). Unraveling girls' delinquency: biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology, 29,* 19–30.

Cherlin, A.J., Furstenberg, P.P., Chase-Lansdale, P.L., *et al.* (1991). Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science, 252,* 1386–9.

Cicchetti, D. & Richters, J.E. (1997). Examining the conceptual and scientific underpinnings of research in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 9,* 189–91.

Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. Journal *of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34,* 541–65.

Cohen, P. & Brook, J. (1995). The reciprocal influence of punishment and child behavior disorder. In J. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives* (pp. 154–64). Cambridge: Cambridge University Press.

Cohen, P., Brook, J.S., Cohen, J., Velez, C.N. & Garcia, M. (1990). Common and uncommon pathways to adolescent psychopathology and problem behavior. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 242–58). New York: Cambridge University Press.

Coie, J.D. & Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology. Vol 3: Social, Emotional and Personality Development,* pp. 779–862.

Conger, R.D., Ge, X., Elder, G.H., Lorenz, P.O. & Simons, R.L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development. 65,* 541–61.

Costello, E.J. & Angold, A. (1993). Toward a developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. *Development and Psychopathology, 5,* 91–101.

Costello, E.J., Farmer, E.M.Z. & Angold, A. (1999). Same place, different children: White and American Indian children in the Appalachian mountains. In P. Cohen, C. Slomkowski &: L.N. Robins (Eds). *Historical and Geographical Aspects of Psychopathology,* pp. 279–98. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cummings, E.M., Davies, P.T. & Simpson, K.S. (1994). Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology, 8,* 141–9.

Deater-Deckard, K. & Dodge, K.A. (1997). Externalizing behavior problems and discipline revisited: nonlinear effects and variation by culture, context and gender. *Psychological Inquiry, 8,* 161–75.

Deater-Deckard, K., Dodge, K.A., Bates, J.E. & Pettit, G.S. (1996). Physical discipline among African American and European American mothers: links to children's externalizing behaviours. *Developmental Psychology, 32,* 1065–72.

Deater-Deckard, K., Dodge, K.A., Bates, J.E. & Pettit, G.S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Development and Psychopathology, 10,* 469–93.

DiLalla, L.F. & Gottesman, I.I. (1989). Heterogeneity of causes for delinquency and criminality: lifespan perspectives. *Development and Psychopathology, 1,* 339–49.

Dishion T.J., Patterson G.R., Stoolmiller, M. & Skinner M.L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology, 27,* 172–80.

Dodge, K.A., Pettit, G.S. & Bates, J E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development, 65,* 649–65.

Duncan, G.J. & Brooks-Gunn, J. (Eds.) (1997). *Consequences of Growing Up Poor* New York: Russell Sage

Earls, F. (1994). Oppositional-defiant and conduct disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry· Modem Approaches* (3rd edn, pp. 308–29). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Edelbrock, C., Rende, R., Plomin, R. & Thompson, L.A. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,* 775–85.

Eder, D. (1982). Differences in communicative styles across ability groups. In L.C. Wilkinson (Ed.), *Communicating in the Classroom* (pp. 245–65). New York: Academic Press.

Elder, G.H.J. (1998). The life course and human development. In R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology Vol 1· Theoretical Models of Human Development* (pp. 939–91). New York: John Wiley & Sons.

Engfer, A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. In R.A. Hinde &J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within Families* (pp. 104–18). Oxford: Clarendon Press.

Farrington, D.P. (1988). Studying changes within individuals: the causes of offending. In M. Rutter (Ed.), *Studies of Psychosocial Risk The Power of Longitudinal Data* (pp. 158–83). Cambridge: Cambridge University Press

Farrington, D.P., Barnes, G. & Lambert, S. (1996). The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology, 1,* 47–63

Farrington, D.P., Gallagher, B., Morley, L., St Ledger, R.J. & West, D.J. (1986). Unemployment, school leaving and crime. *British Journal of Criminology, 26,* 335–56.

Farrington, D.P. & Loeber, R. (1998). Transatlantic replicability of risk factors in the development of delinquency. In P. Cohen, C. Slomkowski & L.N. Robins (Eds.), *Where and When: The Influence of History and Geography on Aspects of Psychopathology,* (pp. 299–329). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1996). The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile offending. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 205–21.

Fergusson, D M., Horwood, L.J & Lynskey, M.T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood· II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1365–74.

Fergusson, D M. & Lynskey, M.T (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect, 21,* 617–30.

Fincham, F.D., Grych, J.H. & Osborne, L.N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology, 8,* 128–40.

Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A.G. & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psycho-pathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 49–55

Ge, X., Conger, R., Cadoret, RJ. *et al* (1996). The developmental interface between nature and nurture: a mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology, 32,* 574–89.

Gianino, A & Tronick, E.Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T.M. Field, P.M. McCabe & N, Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping across Development,* (p. 264). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Giordano, P.C. & Cernkovich, S.A. (1997). Gender and antisocial behavior. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 496–510) New York: John Wiley & Sons.

Gorman-Smith, D. & Tolan, P. (1998). The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. *Development and Psychopathology, 10,* 101–16.

Gorman-Smith, D., Tolan, P., Loeber, R. & Henry, D.B. (1998). Relation of family problems to patterns of delinquent involvement among urban youth. *Journal of Abnormal Chilli Psychology, 26,* 319–34.

Guerra, N.G., Huesmann, L.R., Tolan, P.H , Acker, R.V & Eron, L.D. (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 518–28.

Hawkins, J.D., Herrenkohl, T. Farrington, D.P., *et al* (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber & D.P. Parrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions.* Thousand Oaks: Sage.

Hawkins, J.D., Farrington, D.P. & Catalano, R.F. (1999). Reducing violence through the schools. In D.S. Elliott, B A. Hamburg & K.R. Williams (Eds.), *Youth Violence: New Perspectives for Schools and Communities* (pp. 188–216). Cambridge: Cambridge University Press.

Henry, B., Moffitt, T.E., Robins, L., Earls, F. & Silva, P (1993). Early family predictors of child and adolescent antisocial behavior: who are the mothers of delinquents? *Criminal Behaviour and Mental Health, 3,* 97–118.

Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency* Berkeley: University of California Press.

Jencks, C. & Mayer, S.E. (1990). The social consequences of growing up in a poor neighbourhood. In L.E. Lynn & M.G.H McGeary (Eds.), *Inner-City Poverty in the United States.* Washington DC: National Academy Press.

Kasen, S., Johnson,J. & Cohen, P. (1990). The impact of school emotional climate on student psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18,* 165–77.

Keenan, K. & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin, 121,* 95–113.

Kellam, S.G., Ling, X., Merisca, R., Brown, C.H. & Ialongo, N. (1998). The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology, 10,* 165–85.

Kendler, K.S. (1995). Genetic epidemiology in psychiatry: taking both genes and environment seriously. *Archives of General Psychiatry, 52,* 895–9.

Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. & Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorder: I. Educational attainment. *American Journal of Psychiatry, 52,* 1026–32.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Foster, C.L., *et al.* (1997a). Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *American journal of Psychiatry, 154,* 1405–11.

Kessler, R.C., David, C.G. & Kendler, K.S. (1997b). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 27,* 1101–19.

Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., *et al.* (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54,* 337–43.

Lipman, E.L., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1996). What if we could eliminate child poverty? The theoretical effect on child psychosocial morbidity. *Social Psychiatry Epidemiology, 31,* 303–7.

Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In N. Morris & M. Tonry (Eds.), *Crime andjustice: An Annual Review of Research,* Vol. 7 (pp. 29–149). Chicago: University of Chicago Press.

Lynam, D., Moffitt, T. & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: class, race, test motivation, school failure or self control? *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 187–96.

Lynch, L. & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology, 10,* 235–57.

Lyons, M.J., True, W.R., Eisen, S.A., *et al.* (1995). Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry, 52,* 906–15.

Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology, 5,* 101–32.

Lytton, H. &: Romney, D.M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 109,* 267–96.

McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult *men. Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1477–86.

McLoyd, V.C. (1990). The impact of economic hardship on Black families and children: psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development, 61,* 311–46.

Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P.H. Mussen & M.E. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality and Social Development* (pp. 1–101). New York: John Wiley &: Sons.

Maguin, E. & Loeber, R. (1996). Academic performance and delinquency. *Crime and Justice, 20,* 145–264.

Majumder, P.P., Moss, H.B. & Murrelle, L. (1998). Familial and nonfamilial factors in the prediction of disruptive behaviors in boys at risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,* 203–13.

Maughan, B. (1994). School influences. In M. Rutter & D.F. Hay (Eds.), *Development Through Life: A Handbook for Clinicians* (pp. 134–58). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Maughan, B.M. & Lindelow, M. (1997). Secular change in psychosocial risks: the case of teenage motherhood. *Psychological Medicine, 27,* 1129–44.

Maughan, B., Ouston, J., Pickles, A. &: Rutter, M. (1990). Can schools change? I. Outcomes at six London secondary schools. *School Effectiveness and School Improvement, 1,* 188–210.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T.E. & Caspi, A. (1998). Annotation: implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 39,* 137–44.

Mortimore, P. (1995). The positive effects of schooling. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial Disturbances in Young People. Challenges for Prevention* (pp. 333–63). Cambridge: Cambridge University Press.

Mortimore, P. (1998). *The Road to School Improvement: Reflections on School Effectiveness* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Mortimore, P., Sammons, P., Stoll, L., Lewis, D. & Ecob, R. (1988). *School Matters* London: Open Books.

Nichol, A.R., Wilcox, C. & Hibbert, K. (1985). What sort of children are suspended from school and what can we do for them? In A.R. Nichol (Ed.), *Longitudinal Studies on Child Psychology and Psychiatry* (pp. 33–49). Chichester: John Wiley & Sons.

O'Connor, T.G., Deater-Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M. & Plomin, R. (1998fl). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence. antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Development Psychology, 34,* 970–81.

O'Connor, T.G., Hetherington, E.M. & Reiss, D. (1998b). Family systems and adolescent development: shared and nonshared risk and protective factors in nondivorced and remarried families. *Development and Psychopathology, 10,* 353–75.

Osofsky, J.D. (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist, 50,* 782–8.

Ouston, J. & Maughan, B. (1991). Can schools change? II: Practice in six London secondary schools. *School Effectiveness and School Improvement, 2,* 3–13.

Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102,* 357–89.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Interactions.* Eugene, OR: Castalia Press.

Patterson, G.R. (1995). Coercion as a basis for early age of onset for arrest. In J. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives* (pp. 81–105). Cambridge: Cambridge University Press

Patterson, G.R. & Capaldi, D.M (1991). Antisocial parents: unskilled and vulnerable. In P.A. Cowan & E.M. Hetherington (Eds.), *Family Transitions* (pp 195–218). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.

Patterson, G R. & Yoerger, K. (1997). A developmental model for late-onset delinquency. In R. Dienstbier (Series Ed.) & D.W. Osgood (Vol. Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 44. Motivation and Delinquency* (pp. 119–77). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Pike, A. & Plomin, R. (1996) Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 56–570.

Pike, A., McGuire, S., Hetherington, E.M., Reiss, D. & Plomin, R. (1996). Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior: a multivariate genetic analysis. *Developmental Psychology, 32,* 590–603.

Plomin, R. & Bergeman, C.S. (1991). The nature of nurture. Genetic influences on 'environmental' measures. *Behavioral and Brain Sciences, 14,* 373–86.

Ramsey, E., Patterson, G.R. & Walker, H.M. (1990). Generalization of the antisocial trait from home to school settings. *Journal of Applied Developmental Psychology, 11,* 209–33.

Reiss, D. Plomin, R., Hetherington, E.M., *et al.* (1994). The separate worlds of teenage siblings: an introduction to the study of the nonshared environment and adolescent development. In E.M. Hetherington, D. Reiss & R. Plomin (Eds.), *Separate Social* Worlds *of Siblings: Importance of Nonshared Environment on Development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Reiss, D., Hetherington, E.M., Plomin, R., *et al.* (1995). Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry, 52,* 925–36.

Robins, L.N. (1966). *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8,* 611–22.

Rodgers, B. & Pryor, J. (1998). *Divorce and Separation: The Outcomes for Children.* York: Joseph Rowntree Foundation.

Rothbaum, F. & Weisz, J. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in non-clinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 116,* 55–74.

Rutter, M. (1970). Sex differences in children's responses to family stress. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The Child in his Family* (pp. 165–96). New York: John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1994). Family discord and conduct disorder: cause, consequence or correlate? *Journal of Family Psychology, 8,* 170–86.

Rutter, M.L. (1997). Nature-nurture integration: the example of antisocial behavior. *American Psychologist, 52,* 390–8.

Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M. & Yule, W. (1975*a*). Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 17,* 35–56.

Rutter, M., Champion, L., Quinton, D., Maughan, B. & Pickles, A. (1995). Understanding individual differences in environmental risk exposure. In P. Moen, G.H.J. Elder & K. Luscher (Eds.), *Examining Lives in Context: Perspectives on the Ecology of Human Development* (pp. 61–93). Washington, DC: American Psychological Association.

Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998) *Antisocial Behavior by Young People.* New York: Cambridge University Press.

Rutter, M.R., Maughan, B., Meyer, J., *et al.* (1997). Heterogeneity of antisocial behaviour: Causes, continuities and consequences. In R. Dienstbier (Series Ed.) & D.W. Osgood (Vol. Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 44. Motivation and Delinquency* (pp. 45–118). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P. & Ouston, J., with Smith, A. (1979). *Fifteen Thousand Hours: Secondary Schools and their Effects on Children.* London: Open Books.

Rutter, M., Quinton, D. & Hill, J. (1990). Adult outcome of institution-reared children: males and females compared. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 135–57). New York: Cambridge University Press.

Rutter, M.R., Silberg, J., O'Connor, T. & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: I Advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 3–18.

Rutter, M. & Smith, DJ. (1995). *Psychosocial Disorder in Young People: Times, Trends and their Causes.* Chichester: John Wiley & Sons.

Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behaviour.* London: Longmans (Reprinted, 1981, Krieger, Melbourne, FL).

Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., *et al.* (1975*b*). Attainment and adjustment in two geographical areas: III. Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry, 126,* 520–33.

Sameroff, AJ. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In W. Kessen (Ed.), History, *Theory, and Methods,* (4th edn. Vol. 1, pp. 237–94). New York: John Wiley & Sons.

Sampson, R.J. & Laub, J.H. (1994). Urban poverty and the family context of delinquency: A new look at structure and process in a classic study. *Child Development, 65,* 523–40.

Sampson, R.J. & Lauritsen, J. (1994). Violent victimization and offending: individual-, situational-, and community-level risk factors. In A.J. Reiss & J.A. Rough (Eds.), *Understanding and Preventing Violence: Vol 3: Social influences* (pp. 1–115). Washington DC: National Academy Press.

Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science, 277,* 918–24.

Scarr, S. & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype → environment effects. *Child Development, 54,* 424–35.

Silberg, J., Meyer, J., Pickles, A., *et al* (1996). Heterogeneity among juvenile antisocial behaviours: Findings from the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development. In G.R. Bock & J.A. Goode (Eds.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour· CIBA Foundation Symposium, 194* (pp. 76–92). Chichester: John Wiley & Sons.

Simons, R.L., Johnson, C., Beaman, J., Conger, R.D., *et al.* (1996). Parents and peer group as mediators of the effects of community structure on adolescent problem behavior. *American Journal of Community Psychology, 24,* 145–71.

Smith, C. & Thornberry, T.P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and involvement in delinquency. *Criminology, 33,* 451–81.

Taylor, S.E., Repetti, R.L. & Seeman, T. (1997). What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology 1997, 48,* 411–47.

Werthamer-Larsson, L., Kellam, S.G. & Wheeler, L. (1991). Effect of classroom environment on shy behavior, aggressive behavior and concentration problems. *American Journal of Community Psychology, 19,* 585–602.

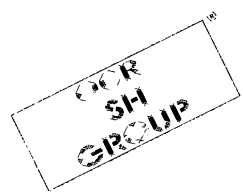
Wichström, L., Skogen, K. & Oia, T. (1996). Increased rate of conduct problems in urban areas: What is the mechanism? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35,* 471–9.

Widom, C.S (1989). Child abuse, neglect and adult behavior: research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 59,* 355–67.

Widom, C.S. (1997). Child abuse, neglect, and witnessing violence. In D. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 159–70). New York: John Wiley & Sons.

Willett, J.B., Singer, J.D. & Martin, N.C. (1998). The design and analysis of longitudinal studies of development and psychopathology in context: Statistical models and methodological recommendations. *Development and Psychopathology, 10,* 395–426.

Zingraff, M.T., Leiter, J., Myers, K.A. & Johnson, M. (1993). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology, 31,* 173–202.



8

Роль наследственности в развитии расстройства поведения

Emily Simonoff

Введение

В течение последних десяти лет у многих не вызывает сомнения тот факт, что генетические факторы существенно влияют на особенности поведения и на развитие расстройств поведения у детей (Rutter *et al.*, 1999*a,b)*. Несмотря на растущее признание значения генетических факторов для многих поведенческих и психических расстройств, все же сохраняется тенденция в этом отношении расценивать расстройство поведения как исключение. Основания для этой точки зрения разнообразные, включая и то, что показатели распространенности расстройства поведения и делинквентности среди несовершеннолетних значительно варьируются в разных популяциях (Rutter *et al.*, 1998) и существенная часть этого варьирования объясняется неблагоприятными условиями окружающей обстановки (внешней среды) (Rutter *et al.*, 1975). Показатели преступности как среди подростков, так и среди взрослых значительно изменились (Rutter *et al.*, 1998), и это нельзя объяснить влиянием генетических факторов (поскольку изменение генетической структуры популяции требует смены многих поколений). Несколько семейных факторов риска, например непоследовательное воспитание и недостаточный контроль, по-видимому, непосредственно влияют на дезорганизованное поведение (Rutter, 1978). Ввиду указанных выше причин только в последние годы получила существенное развитие идея о возможности значимого влияния наследственности.

К факторам риска формирования расстройства поведения относятся такие нарушения поведения, как гиперактивность (Stewart *et al.*, 1979; Taylor *et al.*, 1986*a, b)*, ряд семейных факторов (Frick *et al.*, 1992; Hamdan-Allen *et al.*, 1989) и недостаточность когнитивного функционирования, включающая ошибочные истолкования социальных взаимодействий (Dodge *et al.*, 1994) и несоответствие вербальных и исполнительных интеллектуальных способностей (Moffitt, 1993), а также нарушение развития навыков чтения (Maughan & Hagell, 1996). В дополнение к гиперактивности, расстройство поведения также сопутствует большинству других психических расстройств детского возраста (Simonoff *et al.*, 1997), но причины этой коморбидности неясны (Caron & Rutter, 1991). Вполне вероятно, что у разных индивидов действуют разные факторы риска или же их комбинации, а расстройства поведения у разных индивидов в этиологическом отношении скорее всего гетерогенные. Возможно, такая гетерогенность также отно-

сится и к генетическим факторам риска, обусловливая разнообразие данных, полученных как в поведенческих, так и в молекулярно-генетических исследованиях.

Хотя эта глава в основном посвящена влиянию наследственности (частично из-за того, что во многих других главах рассматривается влияние специфических факторов риска окружающей среды), такой акцент не должен создавать у читателя мнение, что исследуемые генетические факторы риска не взаимодействуют с факторами окружающей среды. Генетические модели (как поведенческие, так и молекулярные) являются наиболее адекватными средствами для раскрытия механизмов взаимодействия наблюдаемых факторов риска. Генетические исследования посредством изучения влияния средовых факторов риска при различных генотипах позволяют определять характер взаимовлияния «генотип–среда», в частности их корреляции (ковариации) и взаимодействия.

Клиническая гетерогенность не обязательно отражает генетическую гетерогенность. С одной стороны, вполне возможно, что клинически неразличимые состояния имеют в своей основе разные генетические нарушения, как, например, в случаях туберозного склероза, пигментного ретинита и эллиптоцитоза эритроцитов, а также при многих других заболеваниях, при которых установлены множественные генетические мутации. С другой стороны, также возможно, что у индивидов с одинаковой генетической предрасположенностью будут проявляться различные признаки. Такие заболевания, как сидром Нунан (наследственное сочетание стеноза клапанов легочной артерии, гипертелоризма, оттопыренных ушных раковин и других нарушений), синдром Марфана (наследственное сочетание вывиха или подвывиха хрусталика с арахнодактилией, удлинением конечностей, со слабостью связочного аппарата) и нейрофиброматоз, являются расстройствами, за которые отвечает один ген, но они имеют широко варьирующие клинические характеристики. Может существовать множество различий фенотипических патологических признаков в парах монозиготных (однояйцовых, или идентичных) близнецов с аутизмом, когда у одного из них развивается классический аутизм, а у другого наблюдаются лишь незначительные нарушения в социальном и когнитивном функционировании, при этом разница коэффициентов интеллекта (IQ) у близнецов одной пары может достигать 60 баллов (Le Couteur *et al.*, 1996). Таким образом, мы можем сделать вывод в отношении расстройства поведения: выделяемые в настоящее время различные клинические подтипы с ранним и с поздним началом, социализированный и несоциализированный, агрессивный и неагрессивный, не всегда являются показателями наличия определенных генетических факторов риска.

Экспериментальные модели генетических факторов, влияющих на агрессивность у животных, выдвигают на первый план иное объяснение: наши клинические классификации могут не соответствовать генетическим характеристикам симптомов расстройства поведения. Например, Popova и Kalikov (1986) показали, что у мышей компоненты агрессивности могут наследоваться раздельно. Используя методы селективного инбридинга (родственного спаривания), авторы продемонстрировали, что наследование вероятности агрессивных взаимоотношений между самцами различалось или по количеству нападений, или по суммарному времени агрессивных проявлений. Тем самым подчеркивается существование различных компонентов агрессии, которые можно различить лишь при определенной постановке эксперимента, позволяющей манипулировать воздействиями на разные элементы агрессивного поведения. На людях не проводились исследования, структура которых позволила бы разложить отдельные

формы поведения индивидов на генетически значимые элементы. Еще меньше получено доказательств, проясняющих, насколько такие черты, как импульсивность, поиск ощущений и враждебность, указывают на генетические факторы риска развития расстройства поведения. Необходимо, чтобы дальнейшие генетические исследования поведения включали работы, нацеленные на то, чтобы определить, какие факторы риска возникновения расстройства поведения имеют высокую степень наследуемости, а также выяснить, в какой степени генетические факторы являются общими или специфическими для разных факторов риска. Это будет первым этапом в определении генетической гетерогенности.

Следующий вопрос касается того, насколько генетические и средовые факторы риска влияют на агрессивное, антисоциальное поведение вообще, или их влияние касается только крайних вариантов такого поведения. Получено немало заслуживающих внимания данных о возможности многомерного подхода к расстройству поведения (Robins, 1991), и это согласовалось бы с выделением многих генов предрасположенности, наличие которых повышает вероятность развития расстройства поведения. С другой стороны, не исключена возможность крайних проявлений, на которые влияют разные генетические (и средовые) факторы риска. Можно привести такой пример: на рост в пределах нормы, по-видимому, влияют несколько генетических и средовых факторов, действующих разнонаправленно. Однако крайние величины роста часто находятся под влиянием определенных патологических (и часто генетически обусловленных) состояний, таких как ахондроплазия, вызывающая карликовость, и синдром Марфана, сочетающийся с крайне высоким ростом. Данные в отношении гена фермента моноаминоксидазы (см. далее) свидетельствуют о том, что на определенные формы агрессивного поведения могут влиять мутации одного гена. В этой главе термин «расстройство поведения» относится к диагностическим категориям расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего расстройства. Симптомы расстройства поведения, агрессия и антисоциальное поведение будут относиться к основным признакам такого поведения.

Глава начинается с краткого обзора основных методов исследований, их сильных и слабых сторон; описание краткое, поскольку с этим материалом можно более подробно ознакомиться во многих других источниках (Rutter *et al.*, 1990*a*, 1999*a*; Simonoff *et al.*, 1994). Далее в главе обсуждаются современные данные и освещаются ключевые вопросы будущих исследований.

Генетические методы

Генетические методы изучения поведения

Большинство психических расстройств в генетическом отношении считаются мультифакториальными, и расстройство поведения не исключение. Термин «мультифакториальное расстройство» употребляется по отношению к расстройствам, при которых есть данные, что у членов семьи заболевшего индивида (или пробанда) повышен риск развития этого расстройства, но при этом тип наследования не соответствует законам Менделя, действующим при расстройствах, обусловленных одним патологическим геном. Расстройства могут быть мультифакториальными вследствие вовлеченности многих генов, каждый из которых вносит определенную степень риска или предрасполо-

женности, но сам в отдельности не может вызвать расстройство. Такие расстройства называют олигогенными, когда полагают, что вовлечено небольшое количество генов, или полигенными, когда в развитии расстройства участвует много генов. С другой стороны, наследование может быть мультифакториальным ввиду того, что для проявления болезни необходимо одновременное присутствие генов предрасположенности и средовых факторов риска; такие расстройства называются мультифакториальными. Общепризнано, что для многих психических расстройств характерен мультифакториальный тип наследования. В генетических исследованиях поведения можно оценить, в какой степени изменчивость фенотипа обусловливается генетическими и средовыми факторами. Для этого общие фенотипические отклонения разделяют на обусловленные генетическим влиянием (называемым «наследуемость») и на обусловленные влиянием внешней среды. Изменения под влиянием внешней среды можно разделить далее на общесемейные и индивидуально-специфические (Plomin, 1995).

Близнецовые исследования

В настоящее время наиболее распространенным генетическим методом исследования поведения является близнецовый. Хотя существует несколько вариантов исследований (см. более глубокий анализ у Rutter *et al.*, 1990*a* и Simonoff *et al.*, 1994), наиболее широко используется метод сравнения монозиготных и дизиготных (двуяйцовых, или неидентичных) близнецов. Программа исследования основывается на таких принципах: во-первых, у пары монозиготных близнецов одинаковый набор генов, в то время как у пары дизиготных близнецов в среднем только половина одинаковых генов; во-вторых, оба типа близнецов имеют практически одинаковое окружение. Предположение об «идентичном окружении» изучалось в нескольких исследованиях (например, Hopper & Culross, 1983; Kaprio *et al.*, 1990), и большее сходство условий для каждой пары обнаружено у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными. Однако приводились доводы в пользу того, что, чем больше сходство внешней среды, тем больше генетическое сходство (форма корреляции «генотип–среда»; см. ниже Kendler *et al.*, 1993*b*). Хотя такое возможно на самом деле, важно исследовать, приводит ли большее сходство внешней среды у монозиготных близнецов к увеличению фенотипического сходства (Rutter *et al.*, 1999*a*).

Сравнение монозиготных и дизиготных близнецов позволяет выделить три вида факторов, определяющих различия: аддитивные генетические факторы, совпадающие (или общие) и несовпадающие (или различающиеся) воздействия окружающей среды. Совпадающие факторы воздействуют на всю семью (общесемейные), они усиливают похожесть монозиготных и дизиготных близнецов друг с другом; несовпадающие воздействия являются специфическими для каждого индивида и приводят к различиям в парах близнецов обоих типов. Обычно компоненты различий, определяемых генетическими и средовыми факторами, включают скрытые или латентные признаки. Таким образом, поскольку не уточнены фактически заинтересованные гены, не уточнены и отдельные средовые факторы, воздействующие на тот или иной признак. Могут упоминаться отдельные установленные средовые факторы риска, но до настоящего времени они обычно объясняли малую долю общего влияния среды (Kendler *et al.*, 1991; Meyer *et al.*, in press). Часто неправильно считают, что совпадающие воздействия среды включают влияние всех общесемейных факторов, например супружеских конфлик-

тов или домашнего окружения. Однако сходное окружение — это скорее те общесемейные факторы, которые практически одинаково воздействуют на обоих близнецов. С другой стороны, несовпадающие факторы не обязательно оказывают влияние за пределами семьи; они могут присутствовать внутри семьи, но по-разному воздействовать на сибсов.

В большинстве близнецовых моделей предполагается, что гены и окружающая обстановка действуют аддитивно, т. е. независимо друг от друга. Однако существует множество примеров ковариации (корреляции) «генотип–среда» и взаимодействия «генотип–среда». Обе модели обсуждаются в других источниках (Rutter *et al.*, 1999*a*; Simonoff *et al.*, 1994). Ковариация «генотип–среда» — это взаимосвязь изменений генетической предрасположенности и воздействия средовых факторов. У детей, воспитываемых биологическими родителями, имеет место пассивная ковариация «генотип–среда», потому что родители и обеспечивают генами, и создают окружающую обстановку. В случае расстройства поведения она может проявляться антисоциальным поведением родителей (которые могут затем передать наследственную предрасположенность к антисоциальному поведению), также не обеспечивающих надлежащее воспитание и подвергающих детей воздействию агрессивного и криминального окружения. По мере развития детей более важной может стать как эвокативная (формирующая особенности среды на основе реакции окружающих на определенные формы поведения, подверженные влиянию генов), так и активная (выбор окружения на основе своего поведения) ковариация «генотип–среда». Что касается эвокативной ковариации «генотип–среда», дети с наследственной предрасположенностью к расстройству поведения и вызывающим, дерзким стилем поведения, по-видимому, вынуждают родителей и других людей реагировать непоследовательно, используя больше мер принуждения (Patterson & Fleischman, 1979). В случае активной ковариации «генотип–среда» наследственная предрасположенность, связанная с такими характерными признаками, как, например, стремление к поиску ощущений, может так влиять на детей, что они находят таких сверстников и попадают в такие ситуации, которые обычно приводят к формированию антисоциального поведения. Взаимодействие «генотип–среда» происходит, когда определенное окружение по-разному влияет на индивидов с различным генетической предрасположенностью. Например, при ненадлежащем воспитании только дети с генетической предрасположенностью к расстройству поведения (возможно, проявляющие себя импульсивностью и вызывающим поведением) могут иметь более высокий риск развития расстройства поведения, чем дети без такой генетической предрасположенности. В генетических моделях поведения в одинаковой мере сложно оценить и ковариацию «генотип–среда», и взаимодействие «генотип–среда», особенно в близнецовых исследованиях. В настоящее время нам мало известно об их значимости. Степень и характер этого влияния легче определить тогда, когда будут идентифицированы гены предрасположенности. Пока они не идентифицированы, ковариация «генотип-среда» и взаимодействие «генотип–среда» будут включаться как дополнение в генетический фактор (приводя к возможной переоценке наследуемости, хотя другого рода неточности в измерениях могут приводить как раз к недооценке ее значения).

В генетических исследованиях по изучению расстройства поведения и антисоциального поведения важно учитывать ассортативность (избирательность браков) родителей. Идея встречи, основанной на предпочтениях партнеров, имеет широкое признание в случае антисоциального поведения (Rutter *et al.*, 1998). Игнорирование этой

ассортативности может существенно влиять на оценки наследуемости. В близнецовых исследованиях этот эффект будет проявляться в значительном завышении коэффициента корреляции у дизиготных близнецов (поскольку у родителей некоторые гены будут одинаковыми и поэтому у дизиготных близнецов генетическое сходство будет больше 0,5) и в недооценке роли наследуемости, в то время как роль совпадающих средовых факторов будет переоцениваться. В исследованиях приемных детей (см. ниже) генетические эффекты будут переоцениваться, потому что не учитывается фактор сходства биологического родителя и приемного ребенка, обусловленного родительским выбором (и, следовательно, сходства с другим биологическим родителем).

Статистический метод моделирования структурными уравнениями произвел революцию в использовании и интерпретации данных близнецовых исследований (Heath *et al.*, 1989). До его внедрения наследуемость оценивалась исходя из корреляции или конкордантности признаков у близнецов. Моделирование структурными уравнениями позволило продвинуться по двум направлениям: во-первых, исследовать более сложные модели и, во-вторых, проверить, насколько хорошо любая модель интерпретирует полученные данные. Мощность этих двух характеристик оказала заметное влияние (правильное и неправильное) на применение моделирования структурными уравнениями. К неправильному применению, возможно, относится выбор наиболее простой модели, соответствующей данным, но без должного учета последствий. Для исследования индивидуальной, а не групповой изменчивости требуются гораздо большие объемы выборки, чтобы получить точные расчеты, но даже крупные выборки могут давать широкие доверительные интервалы, о чем свидетельствует исследование Slutske и коллег (1997), в котором расстройство поведения описывалось на основании ретроспективных воспоминаний. Таким образом, обычная практика указания в публикациях параметрических показателей, т. е. показателей влияния генетических и средовых факторов, в случае применения наиболее простой модели часто приводила к отрицанию роли совпадающих средовых факторов, когда 95%-е доверительные интервалы зачастую могли включать оценки выше нуля, поскольку близнецовые исследования обладают наименьшей статистической мощностью для выявления именно этих параметров.

Использование моделирования структурными уравнениями также позволило утвердить некоторые типы более сложных моделей без упоминания альтернативных вариантов воздействия. Одна из этих моделей включала анализ идентичного генетического и средового риска для объяснения связи между коррелированными фенотипами. Когда данные касаются тесно связанных понятий, например симптомов расстройства поведения, отраженных в определенной шкале, вполне резонно предположить, что причина ковариации переменных обусловлена совпадающими генетическими и средовыми факторами риска. Однако в случае менее глубоко интегрированных фенотипов, таких как расстройство поведения и гиперактивность, следует рассмотреть возможность других механизмов, например один фенотип вызывает другой (скажем, гиперактивность приводит к развитию расстройства поведения) (Simonoff, 2000).

Несмотря на описанные отрицательные стороны, близнецовые исследования предоставляют отличную возможность оценить относительную значимость генетических и средовых воздействий и проанализировать более сложные модели влияния. Расширенные близнецовые модели, включающие отдельно воспитывавшихся близнецов, модели семей близнецов и потомков близнецов, позволят глубже понять причины изменчивости, включая передачу признаков между поколениями (Eaves, 1982; Kendler, 1993).

Близнецы рождаются сравнительно часто (примерно один из 40 человек близнец), что дает возможность собирать крупные выборки для проведения мощного статистического анализа получаемых данных. По многим интересующим психиатров характерным особенностям близнецы — достаточно типичные представители общей популяции (Rutter & Redshaw, 1991), что позволяет обобщать полученные данные. Высказывались предположения, что расстройство поведения могло бы быть более распространенным среди близнецов (Simonoff, 1992), а феномен второго близнеца, обеспечивающий «партнера по преступлению», мог бы привести к специфическим для близнецов взаимодействиям (Carey, 1992). Однако современные общепопуляционные данные не свидетельствуют о повышенной частоте расстройства поведения у близнецов (Gjone & Novik, 1995; Van Den Oord *et al.*, 1995), и систематический анализ взаимодействия между близнецами ничего не дал в отношении этого расстройства (Eaves *et al.*, 1997).

Исследования приемных детей

Для изучения приемных детей используют несколько подходов; большинство из них предусматривают сравнение приемных родственников, имеющих совпадающие средовые факторы влияния, но не гены, и биологических родственников, которые могут иметь совпадающие средовые факторы (например, биологические сибсы) или могут не иметь их (например, биологические родители ребенка, ставшего приемным в другой семье). Разная степень сходства позволяют оценить силу генетических и средовых факторов. Кроме того, исследования приемных детей по сравнению с близнецовыми исследованиями потенциально более мощно демонстрируют ковариацию и взаимодействие «генотип–среда», поскольку позволяют раздельно изучать источники генетического влияния и влияния среды. Однако одно из важных ограничений исследований приемных детей, в которых используются данные о биологических родителях, — это недостаток подробных сведений о них. В скандинавских исследованиях приемных детей использовали данные реестра, взятые из психиатрических историй болезни и досье преступников. В некоторых исследованиях в США в момент оформления усыновления (удочерения) ребенка производилась оценка биологических родителей, включающая психиатрическое обследование и определение интеллекта. Однако качество информации обычно довольно низкое, а сведения о биологических отцах могут вообще отсутствовать.

Исследования приемных детей с использованием данных о биологических родителях, вероятно, наименее полезны в изучении влияния генетических и средовых факторов на поведение ребенка, поскольку обычно недостает именно информации о поведении родителей в период детства. Эту проблему удается преодолеть в исследованиях, сравнивающих биологических и приемных сибсов. Поскольку в исследованиях приемных детей сравнивают группы индивидов с меньшей степенью родства, чем в близнецовых исследованиях, мощность таких исследований в отношении выявления генетических эффектов ниже.

Современные исследования приемных детей должна давать возможность переносить их данные на популяцию в целом. В западных странах, где рождение ребенка вне брака больше не является табу, группа родителей, отказывающихся от своих детей и сдающих их на усыновление, систематически меняется с точки зрения демографических и психиатрических аспектов (Rutter *et al.*, 1999*a*). Кроме того, почти нет информации о влиянии окружения до усыновления (удочерения), включая внутриутробные фак-

торы, например воздействие алкоголя на ребенка в пренатальный период (Cadoret, 1986). Другие методологические проблемы могут включать избирательное помещение в фостерные семьи и время, проведенное в детском доме.

Семейные исследования

Традиционные семейные исследования делятся на две группы: 1) изучающие накопление в семье случаев расстройства или признака у родственников пробанда по сравнению с контрольной группой; 2) изучающие членов семьи разной степени родства. В первом случае ключевым моментом является отбор участников контрольной группы, в процессе которого трудно учитывать «неспецифические» факторы риска, которые могут исказить результаты. Систематические ошибки, связанные с тем, попадают или нет индивиды в поле зрения врачей, могут иметь отношение к степени и типу накопления в семье случаев расстройства или признака, особенно это касается изучения популяций пациентов (Leckman *et al.*, 1987). Как и в исследованиях приемных детей, в семейных исследованиях иногда трудно получить точные данные о психических расстройствах детского возраста взрослых членов семьи. Если в семейные исследования не включают индивидов разной степени родства, невозможно разделить факторы, влияющие на членов семьи, на генетические и средовые. Даже если изучаются разные родственники, степень родства будет влиять на сходство факторов внешней среды, поэтому экстраполяция полученных результатов будет затруднена.

В недавно проводившихся семейных исследованиях изучались дети разной степени родства, живущие в одном доме. В «Проекте изучения подростков, растущих в разных условиях окружения» участвовали биологические семьи с подростками-близнецами и подростками-сибсами и воссозданные приемные семьи с сибсами с полной, половинной степенью родства и с отсутствием такового (McGuire *et al.*, 1994; O'Connor *et al.*, 1995). Новаторская программа исследования преимущественно сосредоточивала внимание на сходстве детей, поэтому сложности с получением данных о родителях не принимались во внимание. Однако неизвестно, влияют ли особенности взаимоотношений в приемных семьях на поведение (или на его оценки) иначе, чем в биологических семьях. На основе данных «Проекта изучения подростков, растущих в разных условиях окружения» высказываются предположения о том, что такое влияние может наблюдаться, об этом свидетельствуют различия в корреляциях факторов у сибсов с полнокровным родством в биологических и приемных семьях и несоответствие различий между разными парами сибсов (Pike *et al.*, 1996). Более того, допущение, что для всех типов пар сибсов соответствующие средовые факторы являются общими в равной степени, может быть неверным.

Молекулярно-генетические методы исследования

Поразительные достижения в области молекулярной генетики используются в современной детской психиатрии. В ранних молекулярно-генетических исследованиях психических расстройств у взрослых использовались методы, предназначенные для выявления отдельных генов, автономное влияние которых объясняло существенную долю изменчивости фенотипа. Неудивительно, что эффективность такого подхода была весьма ограниченной и преимущественно отмечалась при заболеваниях, при которых

паттерны расщепления наследуемых признаков предполагали наличие одного главного гена. Однако зная, что такие методы не подходят для нейропсихических расстройств со сложным типом наследования, а также учитывая данные лабораторных и статистических разработок, пришлось использовать методы, более соответствующие таким психическим расстройствам, как расстройство поведения. Из-за ограниченного на настоящий момент значения этих сведений для изучения расстройства поведения мы лишь кратко обсудим эти методы, а читатель может обратиться к другим источникам (Rutter *et al.*, 1999*a*).

Используются два основных подхода: изучение сцепления и изучение генетических ассоциаций. Оба подхода позволяют выбрать либо предполагаемый ген, либо сканирование генома. В первом случае постулируется участие в развитии заболевания конкретного гена с известной локализацией. Это возможно в случаях, когда известен патогенез заболевания, как, например, при сахарном диабете. Когда же нет четкой гипотезы относительно того, какие гены участвуют в развитии заболевания, ученые могут прибегнуть к сканированию генома, при котором биологические маркеры исследуются во всех хромосомах на всем протяжении через равные промежутки. Такой метод может дать как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Ложноположительные результаты возникают из-за использования относительно низкого уровня статистической значимости при локализации участков, представляющих интерес, поэтому проводят многократные проверки; эту проблему можно решить, использовав более подробную генетическую карту маркеров и повторив исследование на других выборках. Ложноотрицательные результаты возможны по нескольким причинам. Маркеры, используемые для сканирования, могут располагаться слишком далеко от гена, объясняющего заболевание, ген предрасположенности может объяснять слишком малую долю дисперсии, расстройство может быть слишком разнородным. Все это можно устранить, по крайней мере, теоретически, но для этого понадобятся очень обширные выборки (Risch & Merikangas, 1996).

Изучение сцепления генов нацелено на определение связи между изменчивостью аллелей (вариантов тех или иных генов) и распределением случаев болезни в семье. Такой план исследования требует, по крайней мере, двух поколений с множеством пораженных членов семей, поскольку в этом случае исследуется передача генов. В ранних психиатрических генетических исследованиях изучали несколько родословных, включающих значительное количество пораженных индивидов в нескольких поколениях. Такой метод оказался эффективным в отношении заболеваний с доминантным типом наследования (по законам Mendel), например болезнь Гентингтона (The Huntington's Disease Collaborative Research Group, 1993), болезнь Альцгеймера с ранним началом (St George-Hyslop *et al.*, 1989), но в отношении шизофрении, биполярного расстройства и синдрома Туретта получали результаты, которые не поддаются воспроизведению. Высказывались сомнения в пригодности подобных исследований для изучения мультифакториальных психических расстройств, которыми страдают только два-три человека в семьях с многочисленным составом (Watt & Edwards, 1991), а характер фенотипа (диагноз) у ключевых индивидов может оказывать основное влияние на значимость сцепления признаков (измеряемую показателем логарифма отношения шансов) (Baron *et al.*, 1990). Еще позже психиатры-генетики применили метод исследования пар пораженных сибсов или пораженных родственников, когда изучаются семьи, к которым принадлежат оба представителя родственных пар. Преимущества такого под-

хода — более типичные паттерны расщепления наследуемых признаков в этих семьях и отсутствие необходимости включать в наблюдения случаи с сомнительным диагнозом. Однако для изучения многих заболеваний требуется большое количество семей; по современным требованиям мощности исследования может понадобиться более 200 родственных пар (Risch & Merikangas, 1996).

В исследованиях по изучению генетических ассоциаций сравнивают пораженных индивидов с испытуемыми контрольной группы с тем, чтобы определить конкретные генотипы, связанные с данной болезнью. Методы изучения генетических ассоциаций направлены на определение генов предрасположенности, которые ни необходимы, ни достаточны для развития заболевания и — как таковые — подходят при исследовании мультифакториальных расстройств. Для этих методов исследования требуется, чтобы биологический тестовый маркер находился очень близко к гену предрасположенности. Поэтому до недавнего времени методы изучения генетических ассоциаций были осуществимы только с использованием имеющегося гена-кандидата. Недавно стали проявлять интерес к изучению ассоциаций в рамках всего генома, хотя его полезность еще нужно оценить. Главное препятствие в исследованиях генетических ассоциаций — необходимость подбора соответствующих контрольных групп. Метод зависит от нарушения баланса в сцеплении между геном предрасположенности и маркером, когда они находятся в тесной близости и поэтому их рекомбинация во время клеточного деления маловероятна. Однако если экспериментальная и контрольная группы происходят из генетически различных популяций, можно получить ложноположительные результаты из-за стратификации популяций. Метод определения относительного риска гаплотипа (haplotype relative risk — HRR; Falk & Rubinstein, 1987) и тест на неустойчивость наследственной передачи (transmission disequilibrium test — TDT; Spielman & Ewens, 1996) в значительной степени помогли решить эту проблему, используя родителей, имеющих то же генетическое происхождение, что и их ребенок, в качестве контроля частоты гена. Несмотря на возможную сложность применения этой методики при психических расстройствах у взрослых (из-за смерти родителей или из-за их недоступности), в случаях детских расстройств она относительно простая и обеспечивает хороший контроль при возможной стратификации популяции.

Цитогенетические методы исследования

Определение хромосомных аномалий использовалось преимущественно для идентификации синдромов, например синдрома Дауна или Тернера, и для определения локализации единичных генов, вызывающих хорошо установленные расстройства. Как правило, первое происходит в случае обширных хромосомных аномалий, когда фенотипические эффекты множественные и часто включают умственную отсталость от умеренной до выраженной степени. Другие поведенческие феномены могут включать агрессию, но она, по-видимому, вторична по отношению к более общим нарушениям и маловероятно, что генетический дефект даст больше полезной информации в отношении расстройства поведения. С другой стороны, малые хромосомные делеции и дупликации дали полезные подсказки при локализации отдельных генов, вызывающих заболевание, хотя их полезность, по-видимому, больше всего проявляется при болезнях с менделевским типом наследования. Определяемые с помощью молекулярно-генетических техник субмикроскопические делеции, называемые микроделециями, кор-

релируют с умственной отсталостью (хотя их этиологическая роль до конца неясна) и в будущем могут быть выявлены корреляции с другими поведенческими расстройствами (Flint *et al.*, 1995).

Генетические и средовые факторы влияния

Близнецовые исследования

На основании данных близнецовых исследований обычно считают, что компоненты общих средовых факторов значительно влияют на характеристики детей, коррелирующие с расстройством поведения, например делинквентность, в отличие от антисоциального поведения взрослых, которое гораздо больше зависит от генетических факторов (DiLalla & Gottesman, 1991; Rutter *et al.*, 1990*b*). Данные основных близнецовых исследований, проведенных за последнее время, приведены в табл. 8.1. В 1990-х годах стали получать все больше доказательств, свидетельствующих о более сложной картине. В некоторых исследованиях продолжают придерживаться более ранних взглядов. Lyons и коллеги (1995) исследовали обширную когорту мужских близнецовых пар, выявленных через реестр близнецов вьетнамского периода (Vietnam Era Twin Register), регистрация в котором зависела от того, призывались ли на службу в военно-воздушные силы США оба близнеца. С помощью телефонной беседы, проводимой на основе Схемы диагностического интервью (СДИ; Diagnostic Interview Schedule — DIS), определены расстройство поведения (ретроспективно) и антисоциальное расстройство личности (DSM–III–R). Моделирование структурными уравнениями показало, что для развития расстройства поведения большее значение имеет общее окружение (31% дисперсии), чем генетические факторы влияния (7%). Это противоречит данным об антисоциальной личности, согласно которым совпадающие факторы объясняли только 5% дисперсии, в то время как генетические — 43%. Факторы влияния, ответственные за непрерывность расстройства с течением времени, практически равномерно распределились между генетическими, а также совпадающими и несовпадающими средовыми воздействиями. Simonoff и соавторы сообщали о подобной тенденции, сохраняющейся в течение всей жизни (представлено к опубликованию) и обнаруженной по данным катамнестического реестра близнецов клиники Модсли (Maudsley Follow-Up Twin Register), составленного по данным исследования клинической выборки, представляющей собой систематически уточняемые данные о близнецах, обращающихся в детские психиатрические учреждения по поводу поведенческих и/или эмоциональных расстройств. В этой выборке показатель конкордантности пробандов по расстройству поведения у монозиготных и дизиготных пар близнецов одного и того же пола был идентичным (64%), что подчеркивает значимость роли совпадающих средовых факторов. Однако показатель конкордантности по диагнозам «антисоциальная личность» (67% по сравнению с 60%) и «выраженная личностная дисфункция» (50% по сравнению с 21%) был выше. Для последней категории характерен низкий уровень функционирования в большинстве сфер психической жизни, включая интимные, производственные, дружеские и другие отношения и возможность справляться с трудностями. Обнаружены выраженные корреляции этого расстройства с расстройством поведения детского возраста (Zoccolillo *et al.*, 1992).

Таблица 8.1. Близнецовые исследования антисоциального поведения в детском возрасте

Исследование	Выборка	Количество	Метод оценки и измеряемый признак	Источник информации	Корреляции			Оценка дисперсии		
					МЗ	ДЗ одного пола	ДЗ разного пола	h^2	c^2	e^2
Eaves *et al* (1997)	Общепопуляционная выборка 8–16 лет	1400 пар	CAPA* — поведение	Мать	0,66	0,38	0,32	0,69	—	0,31
					0,59	0,27	—	0,69	—	0,31
				Отец	0,62	0,49	0,44	0,27	0,37	0,36
					0,64	0,26	—	0,58	0,09	0,33
			Шкалы Rutter — поведение	Мать	0,73	0,35	0,44	0,74	—	0,26
					0,70	0,49	—	0,72	—	0,28
				Отец	0,64	0,40	0,39	0,55	0,11	0,24
					0,60	0,32	—	0,25	0,37	0,28
				Учитель	0,52	0,25	0,31	0,53	—	0,47
					0,53	0,13	—	0,54	—	0,46
			Опросник Olweus — поведение	Мать	0,77	0,42	0,46	0,61	0,14	0,25
					0,75	0,59	—	0,31	0,44	0,25
				Отец	0,73	0,54	0,46	0,36	0,38	0,26
					0,76	0,56	—	0,64	0,14	0,23
				Ребенок	0,46	0,35	0,27	0,24	0,24	0,52
					0,48	0,43	—	0,05	0,42	0,53
			CAPA* — оппозиционность	Мать	0,46	0,40	0,22	0,53	—	0,47
					0,50	0,21	0,39	0,51	—	0,49
				Отец	0,66	0,21		0,69		0,36
					0,50	0,14	—	0,49	—	0,51
				Ребенок	0,20	0,13	0,08	0,21	—	0,79
					0,26	0,00	—	0,23	—	0,77
			Опросник Olweus — оппозиционнность	Мать	0,72	0,56	0,56	0,35	0,38	0,27
					0,72	0,53	—	0,36	0,37	0,28
				Отец	0,79	0,64	0,63	0,39	0,42	0,19
					0,77	0,68	—	0,14	0,63	0,24
				Ребенок	0,42	0,20	0,15	0,45	—	0,55
					0,41	0,34	—	0,41	—	0,59

Продолжение табл. 8.1

Исследование	Выборка	Количество	Метод оценки и измеряемый признак	Источник информации	Корреляции			Оценка дисперсии		
					МЗ	ДЗ одного пола	ДЗ разного пола	h^2	c^2	e^2
Slutske *et al* (1997)	Добровольцы общей популяции; выборка взрослых близнецов	2882 пары	SSAGA** — ретроспективные данные, телефонное интервью	DSM–III–R диагноз	0,70	0,37	0,34	0,71 (0,32–0,79)	(0,32)	0,29 (0,21–0,41)
					0,68	0,48	—	0,71 (0,32–0,79)	— (0–0,32)	0,29 (0,21–0,41)
				DSM–III–R симптомы	0,59	0,29	0,31	0,53 (0,32–0,59)	— (0,0–0,15)	0,47 (0,41–0,56)
					0,63	0,41	—	0,53 (0,32–0,59)	0,12 (0,05–0,29)	0,35 (0,31–0,41)
Gjone & Stevenson (1997)	Общая популяция 5–9, 12–15 лет	905 пар одного пола	CBC-L*** экстернализация	Мать	0,94	0,67	—	0,46	0,47	0,07
				5–9	0,88	0,68	—	0,38	0,50	0,12
				12–15	0,89	0,63	—	0,57	0,33	0,10
					0,87	0,57	—	0,65	0,23	0,12
Thapar & McGuffin (1996)	Общая популяция 8–16 лет	197 однополых пар	Шкалы Rutter	Мать	0,62	0,60	—	—	—	0,32
					0,62	0,60	—	0,28	0,40	—
McGuffin & Thapar (1997)	Общая популяция 12–16 лет	81 однополая пара	Опросник Olweus	Самосообщение	0,81	0,29	—	0,81	—	0,19
Lyons *et al* (1995)	Общая популяция, реестр вооруженных сил, взрослые	3226 мужских пар	DIS**** — телефонное интервью	Ретроспективная самооценка в настоящее время	0,39	0,33	—	0,07	0,31	0,62
				(ASP***** симптомы)	0,47	0,27	—	0,43	0,05	0,52
Edelbrock *et al* (1995)	Добровольцы общей популяции, выборка 7–15 лет	181 однополая пара	CBC-L*** экстернализация, делинквентность	Мать	0,79	0,53	—	0,51	0,28	0,21

Окончание табл. 8.1

Исследование	Выборка	Количество	Метод оценки	Источник информации	Корреляции			Оценка дисперсии		
					МЗ	ДЗ одного пола	ДЗ разного пола	h^2	c^2	e^2
								(±0,22)	(±0,20)	—
					0,72	0,55	—	0,35	0,37	0,28
								(+0,22)	(±0,18)	—
			агрессия		0,75	0,45	—	0,60	0,15	0,25
								(±0,22)	(±0,20)	
Stevenson & Graham (1988)	Общепопуляционная выборка добровольцев 13 лет	285 пар	Шкала A Rutter	Мать	0,61	0,40	0,42	—	—	—
					0,29	0,49	—	—	—	—
Rowe (1983)	Общепопуляционная выборка добровольцев 13–17 лет	265 пар	Шкала антисоциальности	Самооценка	0,62	0,52	—	0,39	0,28	0,33
					0,66	0,46	—	—	—	—
Zahn-Waxler *et al* (1996)	Общепопуляционная выборка пятилетних добровольцев	~300 однополых пар	CBC-L*** экстернализация	Мать	0,87	0,59	—	0,57	0,30	—
				Отец	0,85	0,60	—	0,48	0,35	—
			Опросник для оценки поведения в дошкольном возрасте	Учитель	0,76	0,28	—	0,70	—	—
Schmitz *et al* (1994)	Общая популяция + В7 2–4-летних	232 пары	CBC-L*** экстернализация	Мать	0,55	0,46	0,45	0,03	0,49	0,48
					0,71	0,39	—	0,18	0,39	0,44

Примечания редактора.

* CAPA — Child and Adolescent Psychiatric Assessment (Психиатрическая оценка детей и подростков);
** SSAGA — Semi-structural Assessment for the Genetics of Alcoholism (Полуструктурированный инструмент для изучения генетики алкоголизма);
*** CBC-L — Child Behavior Checklist (Контрольный перечень вопросов для оценки поведения у детей);
**** DIS — Схема диагностического исследования;
***** ASP — Antisocial Personality (Антисоциальная личность).

Другие недавно проводившиеся близнецовые исследования по изучению антисоциального поведения в детском возрасте свидетельствуют о том, что картина менее последовательная, чем можно было бы предполагать по этим двум исследованиям. Данные двух недавно проводившихся обширных общепопуляционных близнецовых исследований практически не подтвердили значимую роль совпадающих средовых факторов. В близнецовом исследовании развития поведения у подростков (Виржиния) с участием более 1400 пар 8–16-летних близнецов, систематически выявляемых через школьную систему, сообщалось о показателях наследуемости ряда признаков антисоциального поведения (Eaves *et al.*, 1997). Они включали клинические симптомы оппозиционного расстройства поведения и расстройства поведения, информация о которых сообщалась родителями и детьми в ходе психиатрического интервью «Психиатрическая оценка детей и подростков», а также разнообразные антисоциальные действия, регистрируемые при заполнении модифицированной версии опросника, разработанного Olweus (1989). Также были включены сообщения родителей и учителей, полученные в ходе обработки шкал А и Б Rutter (Rutter *et al.*, 1970). Полученные данные подчеркивают некоторые особенности. Во-первых, среди информантов отмечалась значительная вариабельность в оценках наследуемости; в частности, сообщения детей показали меньшее генетическое влияние и большее влияние несовпадающих средовых факторов, чем сообщения их родителей. Причина этого неясна, но ее нельзя объяснить меньшей достоверностью сообщений детей, потому что стабильность последующих оценок (повторная оценка через 18 месяцев) у детей и у их родителей была практически одинаковая. Во-вторых, по оценкам оппозиционного расстройства и расстройства поведения, полученным по данным интервью, было сравнительно мало доказательств в пользу роли совпадающих средовых факторов, при этом только две из 12 оценок свидетельствуют о влиянии их. Однако в случае использования опросников, особенно опросника Olweus, картина была иная; в последнем случае 10 из 12 оценок указывали на роль совпадающих средовых факторов. Хотя 95%-е доверительные интервалы не были установлены и, следовательно, степень частичного совпадения параметрических оценок неизвестна, полученные данные свидетельствуют о согласующихся различиях. Остается неясным, имеем ли мы дело с этиологической гетерогенностью оцениваемых форм поведения (т. е. с дисперсией характерных особенностей) или с эффектом формы оценки (т. е. со смещением, связанным с методом).

Данные, полученные в ходе близнецового исследования развития поведения у подростков (Виржиния), также показывают, насколько незначительно различались пропорции дисперсии в зависимости от половой принадлежности. Только одна из 15 оценок (оценки оппозиционно-вызывающего поведения, полученные в ходе интервью отцов) была параметрическим показателем, который статистически значимо различался у испытуемых мужского и женского пола. Из этого вытекает, что различия в частоте расстройства поведения среди мальчиков и среди девочек нельзя объяснить разным соотношением изменений, связанных с генетическими и со средовыми факторами. Более того, тот факт, что коэффициенты корреляции между разнополыми дизиготными близнецами были ненамного ниже по сравнению с таковым между однополыми дизиготными близнецами, свидетельствует о малой вероятности того, что тип влияния генетических и средовых факторов на расстройство поведения зависит от пола.

Австралийский реестр близнецов (The Australian Twin Register) состоит из большого списка взрослых добровольцев, из которых более 2600 пар участвовали в исследо-

вании, в котором проводилось телефонное интервью, предусматривающее ретроспективное воспроизведение в памяти симптомов расстройства поведения (критерии DSM–III–R) в течение жизни (Slutske *et al.*, 1997). Разработанные модели были соответствующим образом приспособлены и к диагнозу расстройства поведения (по сообщениям респондентов показатели распространенности в течение жизни составляли 17–20% среди мужчин и 2–3% среди женщин), и к его симптомам. В случае расстройства поведения наиболее подходящая модель дала показатель наследуемости 71% при несовпадающих средовых факторах, хотя 95%-е доверительные интервалы колебались в пределах 0–32% и различий в оценках между индивидами мужского и женского пола не отмечалось. Что касается симптомов расстройства поведения, 53% дисперсии у мужчин было обусловлено генетическими факторами и 0% — совпадающими средовыми факторами (95%-е доверительные интервалы колебались в пределах 0–15%); у женщин показатель наследуемости также составлял 53%, но были данные в пользу небольшого компонента совпадающих средовых факторов, равного 12%. Размах 95%-х доверительных интервалов говорит о том, что следует изучать крупные выборки, чтобы получить в исследовании точные оценки индивидуальных различий. Кроме того, такой размах указывает на то, что необходимо учитывать недостаточную мощность исследований с меньшим объемом выборки, использующих более экономные модели, в которых устанавливаются параметры, равные нулю. Хотя обычно от исследователей требуют публиковать 95%-е доверительные интервалы для своих параметрических показателей, существует более сложная проблема — интерпретация комплексных, многофакторных моделей.

Данные Gjone и Stevenson (1997) существенно отличаются от результатов исследований, проведенных в Виржинии и Австралии. При изучении выборки из 905 однополых пар норвежских близнецов анализировались полученные по почте сообщения их матерей с использованием Контрольного перечня вопросов для оценки поведения детей (CBC-L; Achenbach & Edelbrock, 1985). Авторы выявили значимое влияние на показатели шкалы экстернализованного поведения не только генетических факторов, но и совпадающих средовых факторов. Причины таких различий неизвестны; их можно объяснить реальными различиями в популяциях или эффектом использованной шкалы. По-видимому, маловероятно, что это целиком эффект разосланных опросников, поскольку другие исследования с использованием такого метода (Edelbrock *et al.*, 1995; McGumn & Thapar, 1997) не показали подобных высоких коэффициентов корреляции.

Полученные данные свидетельствуют о том, что не только различия в популяциях, но и различия в оценках экспертов (оценивающих показатели) и в методах измерения могут приводить к значительным колебаниям показателей наследуемости. Пытаясь решить эти проблемы, Simonoff и коллеги (1995) применили модель латентных переменных с использованием нескольких инструментов (оценки по результатам интервью и опросников) и нескольких характеристик (оценки матери, отца и ребенка), в которой оценивались генетические и средовые факторы влияния на скрытую переменную симптомов расстройства поведения. В этой модели делалась поправка на систематические различия в оценках разных экспертов. В результате показатель наследуемости составил 81%, при этом только 2% дисперсии было обусловлено совпадающими средовыми факторами. Эти сведения следует интерпретировать с осторожностью, поскольку совпадение оценок между экспертами было весьма скромным, что означало только частичное включение в скрытую переменную оценки каждого информанта и поднимало вопрос о том, какой

аспект расстройства поведения оценивался. С другой стороны, такой подход к уменьшению погрешности измерения указывает на то, что наличие такой погрешности может приводить к ложному увеличению оценок роли и совпадающих (из-за пристрастности родительских оценок) и несовпадающих средовых факторов (из-за ненадежности). Другие способы использования нескольких инструментов с целью уменьшения погрешности измерения также повышали показатели наследуемости (Kendler *et al.*, 1993*a*).

Результаты близнецовых исследований свидетельствуют о возможном различии в относительной значимости влияния генетических и средовых факторов на разные составляющие расстройства поведения. Edelbrock и коллеги (1995) в относительно небольшом близнецовом исследовании использовали шкалы агрессии и делинквентности из Контрольного перечня вопросов для оценки поведения детей. Показатели влияния генетических и средовых факторов на признак «агрессия» составили соответственно 60 и 15%, а на признак «делинквентность» — 35 и 37%, что свидетельствовало о большей наследуемости агрессии. Eley и соавторы (1999) сообщили о подобных различиях по данным, полученным при использовании Контрольного перечня вопросов для оценки поведения детей, при этом показатели наследуемости по шкале «агрессия» составили 50–70%, а по шкале «делинквентность» — 0–47%. Полученные данные представляют интерес, поскольку позволяют предположить, что агрессия является предиктором устойчивости антисоциальных форм поведения (Farrington *et al.*, 1990; Loeber, 1982; Loeber *et al.*, 1995; Olweus, 1989). Если агрессия в значительной степени наследуется, это могло бы частично объяснить более существенное влияние генетических факторов на антисоциальное поведение в зрелом возрасте. Simonoff и коллеги (1998), анализируя оценки матерей и их детей-мальчиков, использовали предложенную Frick и коллегами (1993) классификацию (посягательства на частную собственность, статусные правонарушения, агрессивность и оппозиционное поведение), чтобы изучить влияние наследственности и среды на эти группы симптомов. Хотя их данные согласуются с данными Edelbrock и коллег (1995), а также Eley и коллег (1999) по более высокому показателю наследуемости агрессии (57%), показатель наследуемости также был относительно высоким для признака «посягательство на частную собственность» (47%), который может рассматриваться как элемент делинквентности. К тому же такой анализ снова поднял вопрос о различиях между оценками информантов, поскольку тенденция ответов мальчиков и их матерей в какой-то степени оказалась разной.

В близнецовых исследованиях изучали причины коморбидности расстройства поведения и гиперактивности. Silberg и коллеги (1996) показали, что общие генетические факторы риска возникновения обоих расстройств могут объяснить корреляцию между показателями подшкал гиперактивности и расстройства поведения шкалы A Rutter по данным близнецового исследования, проведенного в Виржинии. Общие средовые факторы риска (не важно, совпадающие или несовпадающие) не изучались. Кроме того, при такой оценке симптоматики наследственные факторы расстройства поведения и гиперактивности полностью совпадали. На основании строгой интерпретации этих данных расстройство поведения, сочетающееся с гиперактивностью, можно было бы вообще отнести к отдельному подтипу. Более того, другие формы расстройства поведения, т. е. без гиперактивности, находятся под незначительным (если оно вообще присутствует) влиянием наследственности. Однако требуются дальнейшие исследования; в частности, в качестве альтернативы нужно рассмотреть модель фенотипической причинности (гиперактивность, приводящая к расстройству поведения).

Gjone и Stevenson, используя шкалы экстернализации и интернализации Контрольного перечня вопросов для оценки поведения детей из норвежского реестра близнецов, более полно проанализировали различия в степени влияния наследственности на расстройство поведения и на проблемное поведение (1997). Полученные результаты свидетельствовали о том, что совпадающие средовые факторы были общими для обоих признаков. При этом не было данных об общем окружении, влияющем на одну из этих характеристик и одновременно не влияющем на другую, однако были генетические факторы, общие для психопатологической симптоматики обоих видов патологии, но также и другие, которые были специфичными для каждого вида. В этом случае на основании строгой интерпретации таких данных можно было бы полагать, что общие для всей семьи средовые факторы оказывают неспецифическое влияние на наличие психопатологической симптоматики, тогда как на проблемное поведение влияют генетические факторы. Для подтверждения этого вывода требуются повторные исследования.

В целом в обширных близнецовых исследованиях не удалось обнаружить выраженные особенности, связанные с половой принадлежностью, которые бы объясняли разное влияние генетических и средовых факторов на поведение. Также получено сравнительно мало доказательств, свидетельствующих о значительном различии во влиянии на расстройство поведения конкретных генов или средовых факторов, поскольку коэффициенты корреляции для разнополых дизиготных близнецов близки к коэффициентам корреляции для однополых дизиготных близнецов. Тем не менее различия в количестве симптомов и частоте расстройства можно объяснить разным влиянием генов и/или среды, когда такие факторы риска присутствуют. Методы выявления генетической предрасположенности и оценки средовых факторов помогут прояснить механизмы, влияющие на различия в зависимости от половой принадлежности.

Исследования приемных детей

Как упоминалось, ограничения исследований приемных детей связаны с отсутствием информации в отношении расстройства поведения у биологических (и у приемных) родителей. В большинстве исследований по изучению приемных детей использовали досье преступника, чтобы получить сведения об антисоциальном поведении. Хотя и существует строгая связь между сведениями в досье и антисоциальным поведением, не все дети с расстройством поведения имеют проблемы во взрослой жизни, а когда эти проблемы есть, они не всегда связаны с преступностью. Более того, преступления, в особенности насильственные, могут быть связаны с разными типами психопатологической симптоматики, включая психотические расстройства. В исследованиях приемных детей, проведенных в Швеции (Bohman, 1995; Cloninger *et al.*, 1982) и Дании (Brennan *et al.*, 1995; Mednick *et al.*, 1984), данные реестра правонарушений были использованы только для выявления антисоциальных форм поведения у приемных детей и у их биологических и приемных родителей. В Айовском исследовании с участием приемных детей получены более систематизированные данные о приемных детях и об усыновивших их родителях, но более ограниченные данные о биологических родителях (Cadoret *et al.*, 1990, 1995*b*).

При изучении шведского и датского реестров основное внимание уделяли правонарушениям приемных детей в сопоставлении с преступностью у их биологических и приемных родителей, но сферы более пристального исследования были различны.

В шведском исследовании изучали преступность в связи со злоупотреблением алкоголем; установлено, что уровень преступности у приемных детей в целом был такой же, как и в общей популяции, хотя у их биологических родителей он был в два-три раза выше; подобная картина наблюдалась и в отношении злоупотребления алкоголем (Bohman, 1995). Преступность как приемных, так и биологических родителей значимо повышала уровень правонарушений у детей с 2,9%, когда считалось, что биологические и приемные родители (по данным анамнеза) имеют низкий риск, до 6,7%, когда о высоком риске свидетельствовал анамнез только в отношении приемных родителей, и до 12,1% — анамнез только в отношении биологических родителей. При показателе преступности у приемных детей, достигавшем 40%, когда анамнестические данные в отношении биологических и приемных родителей свидетельствовали о высоком риске, предполагалось взаимодействие, однако формально не проверенное. Если говорить о средовых факторах, то длительное пребывание в доме ребенка было фактором риска только для женской преступности, тогда как многократная смена детских домов и социально-экономические трудности в них были факторами риска только для мальчиков. Данные шведского исследования четко подтвердили наследуемость типа преступлений, при этом более сильное влияние наследственности отмечалось при мелких, рецидивирующих правонарушениях. Данные о том, что преступное поведение биологической матери в большей мере, чем биологического отца, повышает риск преступного поведения ребенка, согласуются с многофакторной пороговой моделью, предполагающей, что женщины-преступницы представляют более неблагоприятную группу, чем мужчины-преступники. В многофакторной пороговой модели такая повышенная степень негативного влияния ассоциируется с большей генетической предрасположенностью и, следовательно, с более высокой вероятностью того, что ребенок унаследует ее.

В исследованиях приемных детей, проведенных в Дании, также обнаружили связь между преступностью биологических отцов и склонностью к правонарушениям у их детей, усыновленных другими семьями (Brennan *et al.*, 1995). В дальнейшем они продемонстрировали повышение показателя конкордантности по частоте преступлений среди связанных родством приемных детей в зависимости от степени родства — с 8,5% у не имевших родства приемных детей, воспитанных в разных семьях, до 12,9% у сибсов, имевших одного общего родителя и воспитанных раздельно, и до 20% — у полнокровных сибсов (родных братьев и сестер). Эти данные были подтверждены в шведском исследовании. Отношения «родитель–ребенок» были значительно ослаблены при насильственных преступлениях. Данные этих исследований вызывают интерес, поскольку демонстрируют связь между проявлениями насилия со стороны биологических отцов и развитием шизофрении у детей; это нельзя было бы объяснить такими факторами, как социально-экономический статус, время, прошедшее до усыновления, наличие шизофрении или любого другого психического расстройства у одного из биологических родителей. Требуются повторные исследования и тщательный многофакторный анализ для того, чтобы удостовериться, что полученные данные невозможно объяснить комбинацией факторов. Более того, насильственное преступление может быть более гетерогенным, хотя, как правило, оно ассоциируется с высокими показателями рецидивов. Эти факты поднимают вопрос о возможной общей генетической основе насильственных преступлений и психотических расстройств.

Cadoret и коллеги (1995*a, b,* 1996) использовали айовскую выборку приемных детей, отобрав 197 индивидов, у которых было достаточно данных о биологических родите-

лях, чтобы установить антисоциальное расстройство личности. С помощью структурированных психиатрических интервью, проведенных на основе Схемы диагностического интервью, получены данные о приемных детях: агрессивность в детстве, расстройство поведения, злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами и антисоциальное расстройство личности в зрелом возрасте; кроме того, получена информация о психических расстройствах у приемных родителей. В отношении детской и подростковой агрессивности и расстройства поведения у детей в возрасте до 15 лет было обнаружено взаимодействие между наличием антисоциальной личности у биологического родителя и психического расстройства у приемных родителей. Что касается антисоциальных личностных проявлений в зрелом возрасте, главную независимую роль играли генетические и средовые факторы, при этом эффект их взаимодействия оказался меньше уровня статистической значимости, а неблагоприятные условия воспитания влияли, если отсутствовал негативный биологический фон.

Полученные данные о злоупотреблении наркотиками у индивидов мужского пола предполагают две биологические траектории. Первая — через злоупотребление алкоголем биологическим родителем, при этом происходит непосредственное влияние на злоупотребление наркотиками. Вторая — через антисоциальные личностные особенности биологического родителя. В последнем случае злоупотребление наркотиками опосредовалось антисоциальным поведением, повышающим риск проявлений агрессии, которая, в свою очередь, служит связующим звеном с расстройством поведения и затем со злоупотреблением наркотиками. В обоих случаях наблюдалось взаимодействие с неблагоприятными условиями воспитания. У индивидов женского пола авторы не смогли найти доказательства в пользу биологической траектории, начинающейся от злоупотребления алкоголем у биологического родителя, а антисоциальная личность биологического родителя непосредственно влияла на расстройство поведения, а не через агрессию (Cadoret *et al.*, 1996). Как и в случае с индивидами мужского пола, неблагоприятные условия воспитания непосредственно влияли на агрессию, которая впоследствии повышала риск формирования злоупотребления наркотиками / зависимости от них. Эти различные траектории, ведущие к формированию злоупотребления наркотиками / зависимости от них, согласуются с данными исследования приемных детей (Швеция) в отношении различных сочетаний факторов риска, ведущих к формированию злоупотребления психоактивными веществами.

Важно отметить, что в двух из этих трех исследований приемных детей авторы указывают на роль взаимодействий «генотип–среда» — феномен, который легче определить в исследованиях приемных детей, а не в близнецовых исследованиях. В целом генетические эффекты, обнаруживаемые в исследованиях приемных детей, несколько слабее по сравнению с таковыми в близнецовых исследованиях; одно из объяснений — включение в показатель наследуемости нераспознанных в близнецовых исследованиях взаимодействий «генотип–среда» (и ковариаций) (Carey, 1994). Следовательно, необходимы исследования, включающие непосредственные оценки взаимовлияния врожденных и приобретенных признаков.

Семейные факторы риска

В прошлом в семейных исследованиях по изучению расстройства поведения и антисоциального поведения фиксировали высокий уровень факторов неблагоприятной

семейной атмосферы (Emery, 1982; Fergusson *et al.*, 1992; Haapasalo & Hamalainen, 1996; Hamdan-Allen *et al.*, 1989; Olweus, 1980). Связь антисоциального поведения с определенными аспектами неблагоприятной семейной атмосферы не вызывает сомнений. Однако гораздо меньше известно о специфичности этой связи и о ее механизмах. В какой степени неблагоприятная семейная атмосфера оказывает независимое влияние, опосредованное влиянием факторов внешней среды, на развитие расстройства поведения и в какой степени она только указывает на генетическую предрасположенность? Szatmari и коллеги (1993) в Онтарио изучали здоровье детей и сравнивали степень дифференцированного влияния разных семейных факторов на агрегацию в семье поведенческих и эмоциональных проблем, а также гиперактивности. Выявлено мало факторов, оказывающих отчетливое дифференцированное влияние на расстройство поведения, среди них — наличие сибса с расстройством поведения и мужской пол сибсов. Вообще, измеряемые факторы (количество сибсов, их пол и возраст) показали более строгую связь с поведенческими и эмоциональными расстройствами, чем с гиперактивностью, при этом различия по двум первым категориям были незначительными. Эти данные согласуются с результатами близнецового исследования, проведенного Gjone и Stevenson (1997), которые показали, что эффекты совпадающих средовых факторов были неспецифическими для экстернализованных и интернализованных нарушений поведения.

Frick и коллеги (1992) сравнили роль психических расстройств у родителей и методов воспитания в семьях, обратившихся за помощью в клинику по поводу расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего расстройства, и в контрольной группе испытуемых с другими психическими расстройствами. При расстройстве поведения отмечалась повышенная частота случаев антисоциального расстройства личности и злоупотребления психоактивными веществами / зависимости от них у родителей, а также недостаточная материнская забота и непоследовательные дисциплинарные меры. Однако при проведении многомерного анализа методы воспитания детей уже не разграничивали группы в том случае, если учитывалась психическая патология у родителей. Аналогичное исследование с использованием меньшей, но частично совпадающей выборки свидетельствовало о том, что на диагноз обратившихся в клинику влияли антисоциальные особенности личности родителей, а не их развод (Lahey et al,, 1988). При строгой интерпретации можно было бы предположить, что плохое воспитание в этой группе было маркером выбора антисоциальной личности в партнеры (ассортативности) для создания семьи, когда это опосредованный генетической предрасположенностью выбор. Однако из-за методологических ограничений, в частности вследствие изучения только обратившихся в клинику индивидов, необходимо провести дополнительные исследования общепопуляционных групп и использовать полученные независимо друг от друга показатели психической патологии у родителей и средовых факторов риска (Meyer *et al.*, in press). Lytton (1990), проанализировав литературу по изучению роли ребенка и родителей в развитии расстройства поведения, пришел к заключению, что поведение родителей имеет, по меньшей мере, одинаковую вероятность быть как причиной, так и следствием антисоциального поведения ребенка. В небольшом исследовании приемных детей выявлена связь между анамнестическими сведениями об антисоциальном поведении и о злоупотреблении психоактивными веществами у биологических родителей и агрессивностью у приемных детей, а также агрессивностью методов воспитания приемных родителей (Ge *et al.*, 1996). Несмотря

на свой небольшой размер исследование поднимает несколько интересных вопросов относительно ковариации «генотип–среда». Во-первых, корреляция между методами воспитания приемных родителей и психиатрическим анамнезом биологических родителей свидетельствовала о наличии эвокативной или активной ковариации «генотип–среда», когда поведение детей влияло на методы их воспитания. Однако сила ассоциаций дополнительно свидетельствовала о том, что поведение матерей по отношению к своим приемным детям оказывало дальнейшее реципрокное влияние на их антисоциальное поведение. Наконец, отмечалось независимое влияние материнской враждебности по отношению к ребенку (которая коррелировала с супружескими конфликтами) на антисоциальное поведение ребенка, что позволяет также предположить значимое влияние средовых факторов. Полученные данные требуют повторных исследований на больших выборках.

Данные исследования несовпадающих средовых факторов и развития подростков (Nonshared Environmental and Adolescent Development study) подтверждают влияние поведения ребенка на родителей. Агрессивный, несдержанный и непоследовательный стиль воспитания детей был предиктором почти 60% антисоциального поведения среди подростков (Reiss *et al.*, 1995). При сравнении семей, в которых супруги находятся в повторном браке и воспитывают детей, имеющих одного общего родителя, и семей с детьми, не находящимися в кровном родстве, внутрисемейные различия как в методах воспитания, так и в проблемном поведении были более выражены в семьях с детьми, не находящимися в кровном родстве (Mekos *et al.*, 1996). O'Connor и коллеги (1995), проанализировав данные всей выборки, сообщили о более выраженных генетических корреляциях для расстройства поведения у подростков, чем для стиля воспитания. Эти данные подтверждают мнение о влиянии ребенка на поведение родителей, а также концепцию эвокативной или активной ковариации «генотип–среда», поскольку они свидетельствуют о том, что на родительский стиль воспитания влияет поведение разных детей (когда поведение может быть генетически опосредованным).

Роль хромосом

Вызывает интерес роль Y-хромосомы в отношении агрессии из-за более высокого уровня агрессии у мужчин и того факта, что гены Y-хромосомы ответственны за продукцию тестостерона. Мужчины с аномальным набором половых хромосом послужили причиной возникновения гипотезы, что лица мужского пола с хромосомным комплексом типа XYY (синдром XYY — трисомия по половой хромосоме) могут быть более агрессивными. Это предположение строится на основании небольшого относительного преобладания мужчин с таким хромосомным комплексом в тюрьмах. Несмотря на распространенность этой аномалии, поражающей одного из 1000 мужчин, объективных исследований на систематически сформированных выборках проведено мало. К возможным вмешивающимся факторам, влияющим на относительное преобладание мужчин с хромосомным комплексом типа XYY в тюрьмах, относятся более низкий IQ и высокий рост у мужчин с синдромом XYY. Кроме того, бывает трудно отличить непосредственные эффекты хромосомной аномалии от эффектов, обусловленных знанием людей об этой аномалии. Однако доступные данные свидетельствуют как о том, что мужчины с синдромом XYY имеют трудности в контроле над своим поведением, так и о том, что они не являются особенно агрессивными по своей природе (Robinson & de la

Chapelle, 1997). В детстве мальчики с синдромом XYY по клиническим описаниям гиперактивны, легко отвлекаемы, склонны к вспышкам раздражения. Примерно 50% имеют проблемы с навыками обучения и трудности развития, хотя у большинства IQ в пределах нормы, и неясно, наследуются ли эти поведенческие нарушения одновременно с интеллектуальными трудностями или, возможно, вызваны ими. Высказывается предположение об эмоциональной незрелости и недостаточном эмоциональном контроле в зрелом возрасте, но непонятно, насколько это выражено. Индивиды с синдромом XYY могут быть более подвержены стрессу, на что указывают наблюдения, согласно которым воспитывавшиеся в дисфункциональных семьях функционируют хуже сибсов, воспитанных в полноценных семьях.

Молекулярно-генетические исследования

Молекулярно-генетические исследования имеют отношение к расстройству поведения благодаря изучению фенотипов, в которых агрессия является заметным признаком, а также других психических расстройств, например гиперактивности и злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, часто сопутствующих расстройству поведения или антисоциальной личности. До настоящего времени не проводились молекулярно-генетические исследования, в которых в качестве фенотипа изучалось бы именно расстройство поведения. Точечная мутация (изменение одной пары нуклеотидов) в гене фермента моноаминоксидазы А (MAOA) описана в одной семье, в которой наблюдались пограничная умственная отсталость и периодическая эксплозивная агрессия (Brunner *et al.*, 1993). Как MAOA, так и MAOB являются ферментами, участвующими в обмене нескольких нейротрансмиттеров, включая дофамин, норадреналин и серотонин. Фармакологический эффект МАО, в особенности MAOA, можно наблюдать при назначении ингибиторов МАО для лечения депрессии. Однако попытки определить корреляцию между уровнем MAOB (который можно измерять в тромбоцитах, но функцию этого фермента в центральной нервной системе еще предстоит выяснить) и поведением с импульсивностью и стремлением к поиску ощущений дали противоречивые результаты (Hsu *et al.*, 1989). До настоящего времени эта аномалия не выявлена в других семьях, и поэтому наблюдаемую связь нельзя считать причинно-следственной. Более того, эти сведения сами по себе дают очень мало информации о патофизиологии агрессии из-за многогранного влияния этой мутации на ряд нейротрансмиттеров. У пораженных членов семьи концентрация нейротрансмиттеров в плазме крови превышала норму, тогда как агрессия в других выборках была связана с низкой концентрацией метаболитов серотонина в спинномозговой жидкости. Хотя эти данные явно противоречивы, система нейротрансмиттеров очень сложная и результаты обусловленного мутациями генетического воздействия могут очень отличаться от отдаленных последствий для функционирования.

В последние несколько лет некоторые исследователи предполагали наличие связи между генами, участвующими в обмене дофамина, и гиперактивностью. Результаты в основном касались двух генов: гена дофаминовых рецепторов D4 (DRD4) и гена переносчиков дофамина (Thapar *et al.*, 1999). Гены, связанные с нейротрансмиссией дофамина, очевидно являются генами-кандидатами по нескольким причинам, включая реакцию организма на амфетамины и на родственные им вещества, стимулирующие высвобождение дофамина и других нейротрансмиттеров в головном мозге. Экспери-

ментальные модели и исследования с использованием методов нейровизуализации также свидетельствуют о роли нейротрансмиссии дофамина при гиперактивности. Однако в равной степени вероятно и то, что нарушения в других системах нейротрансмиттеров выполняют важную посредническую роль при гиперактивности. Исследования, в которых выявлена связь гиперактивности с DRD4, включают как исследования детей с диагнозом гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (ГРДВ), так и изучение индивидуальных различий в поведении, характеризующимся поиском ощущений. Были сообщения о том, что ГРДВ связано с вариантом аллеля DRD4 (Lahoste *et al.*, 1996; Swanson *et al.*, 1998), хотя в настоящее время есть неопубликованные сообщения о других неподтвержденных данных. Обнаружена также корреляция наличия того же варианта аллеля DRD4 с определяющим признаком поведения «поиск ощущений» (Benjamin *et al.*, 1996; Ebstein *et al.*, 1996, 1997; Ono *et al.*, 1997), однако сообщалось и о неудачных попытках обнаружить такую связь (Benjamin *et al.*, 1998; Sander *et al.*, 1997). Полагают, что аллель 7-repeat DRD4 участвует в ослаблении внутриклеточной реакции на дофамин, это рассматривается как физиологический механизм, лежащий в основе поведенческих различий (Van Tol *et al.*, 1992).

Две группы исследователей также сообщали о наличии связи между геном переносчика дофамина (DAT1) и ГРДВ (Cook *et al.*, 1995; Gilletal., 1997). Хотя (для обоих генов дофамина) вряд ли используемые методы приводят к тому, что популяционные различия между группой ГРДВ и контрольной группой опровергают полученные данные, все же существует неуверенность относительно возможности их обобщаемости. Неясно, насколько соответствует действительности уровень воспроизводимости положительных данных исследований, поскольку отрицательные результаты трудно опубликовать. Важно также прояснить, какие аспекты поведения наиболее тесно связаны с этими генами, определяющими предрасположенность. После этого их связь с расстройством поведения может стать очевиднее.

Резистентность к гормону щитовидной железы коррелирует с гиперактивностью (Brucker-Davis *et al.*, 1995). Точных данных о распространенности резистентности к гормону щитовидной железы нет, но считают, что она встречается редко. Частота ГРДВ значительно выше (73%) в семьях, у членов которых отмечается резистентность к гормону щитовидной железы, чем в семьях без таковой (27%). Это позволяет предположить, что генетические причины резистентности к гормону щитовидной железы могут повышать риск возникновения гиперактивности. Связь между гиперактивностью и резистентностью к гормону щитовидной железы требует повторных исследований; даже если результаты подтвердятся, резистентность к гормону щитовидной железы, вероятно, является редкой причиной гиперактивности, а ее взаимосвязь с расстройством поведения неясна.

Генетические исследования злоупотребления алкоголем имеют определенное отношение к расстройству поведения, потому что у некоторых взрослых индивидов с алкогольными расстройствами было расстройство поведения в детстве. Хотя данные, связанные с генами алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы, на данный момент наиболее перспективны, маловероятно, что эти гены связаны с расстройством поведения, поскольку физиологическая предрасположенность, по-видимому, возникает вследствие особенностей метаболизма алкоголя. Причастность гена дофаминовых рецепторов D2 (DRD2) к злоупотреблению алкоголем / алкоголизму изучалась в нескольких исследованиях как с положительными (Blum *et al.*, 1990; Parsian *et al.*, 1991), так и с

отрицательными (Bolos *et al.*, 1990; Cook *et al.*, 1992; Gelemter *et al.*, 1991; Suarez *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1992) результатами, так что в настоящее время положение не вполне однозначное. Дальнейшие молекулярно-генетические исследования злоупотребления алкоголем могут пролить свет на наследственную предрасположенность к расстройству поведения, особенно если более четко будут описаны характеристики злоупотребления и другие родственные с ними аспекты.

В некоторых исследованиях установлена связь между импульсивным, агрессивным поведением и низкой концентрацией в плазме крови серотонина (5-HT) и его метаболита 5-HIAA в спинномозговой жидкости (Asberg & Traskmanbendz, 1987; Linnoila *et al.*, 1983), поэтому гены, вовлеченные в обмен серотонина, стали генами-кандидатами для агрессивного поведения. Хотя и получены данные о повышенной агрессивности мышей, у которых недостаточно рецепторов 5-HTlB (Saudou *et al.*, 1994), на данный момент еще нет подобных сведений, касающихся людей. Это будет темой исследований будущего.

Выводы

Ясно, что генетические факторы существенно влияют на развитие расстройства поведения, хотя средовые факторы тоже играют важную роль. Семейные факторы, коррелирующие с расстройством поведения, вероятно, частично воздействуют через гены или главным образом указывают на наличие других факторов, испытывающих генетическое влияние. На данный момент трудно с уверенностью интерпретировать значимость генетического влияния по этим противоречивым результатам. Вариабельность данных о расстройстве поведения отражает подобную ситуацию для фенотипов всех других детских психических расстройств (Eaves *et al.*, 1997; Thapar *&C* McGuffin, 1994). Исключением является гиперактивность, для которой получены очень стабильные показатели наследуемости, которые составляют 60–90%. В отношении расстройства поведения возникает важный вопрос: отражают ли существенные различия характеристик агрессивного и антисоциального поведения истинную генетическую гетерогенность, получены ли они при изучении разных популяций или же они являются артефактами метода оценки. Необходима дальнейшая работа, чтобы установить, существует ли связь между клинически значимыми типами расстройств поведения и степенью и типом генетического влияния. Пример коморбидности с гиперактивностью подчеркивает возможность существования одного клинически значимого генетически отличного от других типа расстройства поведения, однако необходимо воспроизведение полученных результатов.

Вызывает интерес недостаток доказательств относительно гендерных различий в степени и типе влияния генетических и средовых факторов, продемонстрированный в близнецовых исследованиях и исследованиях приемных детей, учитывая разные показатели распространенности расстройства поведения. На основании этих данных можно сделать вывод, что существуют факторы, влияющие на распространенность расстройства поведения, независимые от тех, которые обусловливают само заболевание. Для разработки эффективных методов вмешательств, по-видимому, важно знать об этих

факторах влияния, которые могут действовать на групповом, а не на индивидуальном уровне.

Несмотря на свою эффективность генетические методы исследования поведения для определения возможных механизмов развития и устойчивости психических расстройств часто ограничиваются скрытыми показателями и не уточняют реально задействованные факторы влияния. В будущем генетические исследования по изучению поведения могут оказаться более эффективными, если исследователи будут больше учитывать современные знания в области психопатологии и включать данные наблюдений, например средовые факторы риска, коморбидность и психические расстройства у родителей и, по возможности, предрасположенность на уровне молекулярно-генетических факторов. Кроме того, будущие исследования должны планироваться так, чтобы можно было изучать взаимодействие генов и среды.

До настоящего времени молекулярная генетика предлагала несколько интересных путей дальнейших исследований. Однако современные данные требуют воспроизведения и, вероятно, могут быть применимы только к небольшой группе лиц с расстройством поведения. Как и в случае с другими неврологическими и психическими расстройствами, подход с учетом гена-кандидата имеет ограничения, поскольку мы недостаточно понимаем патогенез расстройства поведения. Хотя и есть надежда, что открытие генов, ответственных за расстройство поведения, поможет охарактеризовать его патогенез, следует признать, что это должен быть взаимно обогащающий процесс, при котором генетические и другие методы исследования будут дополнять друг друга соответствующей информацией. Что касается генетических исследований, такую информацию можно получать не только из биологических исследований, но и из работ по изучению средовых факторов, которые обращают наше внимание на значимое влияние. Существуют разногласия относительно того, пришло ли время для широкомасштабных исследований генома для изучения генов с малым или с умеренным влиянием. Некоторые будут утверждать, что это самая эффективная стратегия для изучения распространенных заболеваний, другие же скажут, что следует больше знать о том, какие аспекты фенотипа наследуются и каковы признаки генетической гетерогенности. Это является еще одним аргументом в пользу проведения комплексных исследований.

Мы можем рассчитывать, что в будущем генетические исследования дадут нам не меньше информации об окружении, чем они дают о генах. Таким образом, генетические исследования помогут нам понять, почему некоторые дети уязвимы к действию неблагоприятных средовых факторов, а другие нет, почему одни реагируют на определенные вмешательства, а другие — нет. Кроме того, генетические исследования помогут нам понять, какие элементы расстройства поведения являются основными, или причинными, а какие — последствиями. Это относится не только к вопросу о коморбидности с гиперактивностью, но и к таким вопросам, как связь с недостаточностью социального когнитивного функционирования. Долгосрочная цель генетических исследований — содействие профилактике и лечению расстройства поведения. Профилактику можно усовершенствовать путем выявления на ранней стадии индивидов, у которых есть риск возникновения нарушений поведения. Генетические исследования могут также повысить качество лечения, предоставляя сведения об основных группах и помогая определять механизмы, способствующие устойчивости расстройства, тем самым уточняя определенные моменты и ситуации, в отношении которых вмешательство может быть полезным.

ЛИТЕРАТУРА

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1985). *Manual for the Child Behavior Checklist and the Revised Child Behavior Profile.* Burlington, VT: University of Vermont.

Asberg, A.U. & Traskmanbendz, L. (1987). Is CSF 5-HIA a suicide predictor. *International Journal of Neuroscience, 31,* 253–4.

Baron, M., Hamburger, R., Sandkuyl, L.A., *et al.* (1990). The impact of phenotypic variation on genetic analysis: application to X-linkage in manic-depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 82,* 196–203.

Benjamin, J., Lin, L., Patterson, C., *et al.* (1996). Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Nature Genetics, 12,* 81–4.

Benjamin, J., Osher, Y., Belmaker, R.H. & Ebstein, R. (1998). No significant associations between two dopamine receptor polymorphisms and normal temperament. *Human Psychopharmacology — Clinical and Experimental, 13,* 11–15.

Blum, K., Noble, E.P., Sheridan, P.J., *et al.* (1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *Journal of the American Medical Association, 263,* 2055–60.

Bohman, M. (1995). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G.R. Bock & J.A. Goode (Eds.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour (Ciba Foundation Symposium 194)* (pp. 99–114). Chichester: John Wiley & Sons.

Bolos, A.M., Dean, M., Lucas-Derse, S., *et al.* (1990). Population and pedigree studies reveal a lack of association between the dopamine D2 receptor gene and alcoholism. *Journal of the American Medical Association, 264,* 3156–60.

Brennan, P.A., Mednick, S.A. & Jacobsen, B. (1995). Assessing the role of genetics in crime using adoption cohorts. In G.R. Bock & J.A. Goode (Eds.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour (Ciba Foundation Symposium 194)* (pp. 115–28). Chichester: John Wiley & Sons.

Brucker-Davis, F., Skarulis, M.C., Grace, M.B., *et al* (1995). Genetic and clinical features of 42 kindreds with resistance to thyroid hormone. *Annals of Internal Medicine, 123,* 572–83.

Brunner, H.G., Nelen, M.R., van Zandvoort, P., *et al* (1993). X-linked borderline mental retardation with prominent behavioral disturbance: Phenotype, genetic localization, and evidence for disturbed monoamine metabolism. *American Journal of Human Genetics, 52,* 1032–9.

Cadoret, R. (1986). Adoption studies historical and methodological critique. *Psychiatric Developments, 1,* 45–64.

Cadoret, R.J., Troughton, E., Bagford, J. & Woodworth, G. (1990). Genetic and environmental factors in adoptee antisocial personality. *European Archives of Psychiatric Neurological Science, 239,* 231–40.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M.A. (1995a). Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archive of General Psychiatry, 52,* 42–52.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M.A. (1995b). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 916–24.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M.A. (1996). An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Comprehensive Psychiatry, 37,* 88–94.

Carey, G. (1992). Twin imitation for antisocial behavior: Implications for genetic and family environment research. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 18–25.

Carey, G. (1994). *Genetics and Violence.* Washington: National Academy Press.

Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32,* 1063–81.

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. & von Knorring, A.L. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. *Archives of General Psychiatry, 39,* 1242–7.

Cook, B.L., Wang, Z.W., Crowe, R.R., Hauser, R. & Friemer, M. (1992). Alcoholism and the D2 receptor gene. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research, 16,* 806–9.

Cook, E.H., Stein, M.A., Krasowski, M.D., *et al.* (1995). Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics, 56,* 993–8.

DiLalla, L.F. & Gottesman, I.I. (1991). Biological and genetic contributors to violence — Widom's untold tale. *Psychological Bulletin, 109,* 125–9.

Dodge, K.A., Pettit, G.S. & Bates, J.E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development, 65,* 649–65.

Eaves, L.J. (1982). The utility of twins. In V.E. Anderson, W.A. Hausner, J.K. Penry & C.F. Sing (Eds.), *Genetic Basis of the Epilepsies* (pp. 249–75). New York: Raven Press.

Eaves, L.J., Silberg, J.L., Meyer, J.M., *et al.* (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 965–80.

Ebstein, R.P., Nemanov, L., Klotz, I., Gritsenko, I. & Belmaker, R H. (1997). Additional evidence for an association between the dopamine D4 receptor (D4DR) exon III repeat polymorphism and the human personality trait of novelty seeking. *Molecular Psychiatry, 2,* 472–7.

Ebstein, R.P., Novick, O., Umansky, R., *et al.* (1996). Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics, 12,* 78–80.

Edelbrock, C., Rende, R., Plomin, R. & Thompson, L.A. (1995). A twin study of competence and problem behaviour in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 775–85.

Eley, T.C., Lichtenstein, P. & Stevenson, J. (1999). Sex differences in the aetiology of aggressive and non-aggressive antisocial behavior: Results from two twin studies. *Child Development, 8,* 155–68.

Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychopharmacology Bulletin, 92,* 310–20

Falk, C.T. & Rubinstein, P. (1987). Haplotype relative risks: an easy reliable way to construct a proper control sample for risk calculations. *Annals of Human Genetics, 51,* 227–33.

Farrington, D., Loeber, R. & Van Kammen, W.B. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 62–81). Cambridge: Cambridge University Press.

Fergusson, D.M., Horwood, LJ & Lynsky, M.T. (1992). Family change, parental discord and early offending. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33,* 1059–75.

Flint, J., Wilkie, A.O.M., Buckle, V.J., *et al.* (1995). The detection of subtelomeric chromosomal rearrangements in idiopathic mental retardation. *Nature Genetics, 9,* 132–40.

Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., *et al.* (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 49–55.

Frick, P.J., Van Horn, Y., Lahey, B.B., *et al* (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder· a meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review, 13,* 319–40

Ge, XJ., Conger, R.D., Cadoret, R.J., *et al* (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology, 32,* 574–89.

Gelernter, J., O'Malley, S., Risch, N., *et al.* (1991). No association between an allele at the D2 dopamine receptor gene (DRD2) and alcoholism. *Journal of the American Medical Association, 266,* 1801–7.

Gill, M., Daly, G., Heron, S., Hawi, Z. & Fitzgerald, M. (1997). Confirmation of association between attention deficit hyperactivity disorder and a dopamine transporter polymorphism. *Molecular Psychiatry, 2,* 311–13.

Gjone, H. & Novik, T.S. (1995). Parental ratings of behaviour problems: a twin and general population comparison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 1213–24.

Gjone, H. & Stevenson, J. (1997). The association between internalizing and externalizing behaviour in childhood and early adolescence: genetic or environmental common influences? *Journal of Abnormal Child Psychology, 25,* 277–86.

Haapasalo, J. & Hamalainen, T. (1996). Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1394–401.

Hamdan-Allen, G., Stewart, M.A. & Beeghly, J.H. (1989). Subgrouping conduct disorder by psychiatric family history. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 889–97.

Heath, A.C., Neale, M.C., Hewitt, J.L., Eaves, L.J & Fuilker, D.W. (1989). Testing structural equation models for twin data using LISREL. *Behavior Genetics, 19,* 9–35.

Hopper, J.L. & Culross, P. (1983). Covariation between family members as a function of cohabitation history. *Behavior Genetics, 13,* 439–71.

Hsu, Y.-P., Powell, J.F., Sims, K B. & Breakefield, X.O. (1989). Short review — Molecular genetics of the monoamine oxidases. *Journal of Neurochemistry, 53,* 12–18.

Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Rose, R.J. (1990). Change in cohabitation and intrapair similarity of monozygotic (MZ) co-twins for alcohol use, extraversion and neuroticism. *Behavior Genetics, 20,* 265–76.

Kendler, K.S. (1993). Twin studies of psychiatric illness: current status and future directions. *Archives of General Psychiatry, 50,* 905–15.

Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., *et al.* (1993a). The lifetime history of major depression in women. *Archives of General Psychiatry, 50,* 863–70

Kendler, K.S., Neale, M.C., Heath, A.C., Kessler, R.C. & Eaves, L.J. (Eds.). (1991). *Life Events and Depressive Symptoms A Twin Study Perspective* Oxford. Butterworth-Heineman.

Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1993b). A test of the equal-environment assumption in twin studies of psychiatric illness. *Behavior Genetics, 23,* 21–7.

Lahey, B B., Hartdagen, S.E., Frick, P.J., *et al.* (1988) Conduct disorder: parsing the confounded relation to parental divorce and antisocial personality. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 334–7.

Lahoste, G.J., Swanson, J.M., Wigal, S.B., *et al.* (1996). Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry, 1,* 121–4.

Le Couteur, A., Bailey, A., Goode, S., *et al* (1996). A broader phenotype of autism: the clinical spectrum in twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 785–801.

Leckman, J F., Weissman, M.M., Pauls, D L. & Kidd, K.K. (1987). Family-genetic studies identification of valid diagnostic categories in adult and child psychiatry. *British Journal Psychiatry, 151,* 39–44.

Linnoila, M., Virkkunen, M., Scheinin, M., *et al.* (1983). Low cerebrospinal-fluid 5 hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sciences, 33,* 2609–14

Loeber, R. (1982) The stability of antisocial and delinquent child behavior: a review. *Child Development,* 1431–46.

Loeber, R., Green, S.M., Keenan, K. & Lahey, B.B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 499–509.

Lyons, M.J., True, W.R., Elsen, S.A., *et al.* (1995). Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry, 52,* 905–15.

Lytton, H (1990). Child effects — still unwelcome? Response to Dodge and Wahler. *Developmental Psychology, 26,* 705–9.

Maughan, B. & Hagell, A. (1996). Poor readers in adulthood: psychosocial functioning. *Development and Psychopathology, 8,* 457–76.

McGuffin, P. &: Thapar, A. (1997). Genetic basis of bad behaviour in adolescents. *Lancet, 350,* 411–12.

McGuire, S., Neiderhiser, J.M., Reiss, D., Hetherington, E.M. & Plomin, R. (1994). Genetic and environmental influences on perceptions of self-worth and competence in adolescence: a study of twins, full siblings, and step-siblings. *Child Development, 65,* 785–99.

Mednick, S.A., Gabrielli, W.F. & Hutchings, B. (1984). Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption court. *Science, 224,* 891–3,

Mekos, D., Hetherington, E. & Reiss, D. (1996). Sibling differences in problem behavior and parental treatment in nondivorced and remarried families. *Child Development, 67,* 2148–65.

Meyer, J.M., Rutter, M., Silberg, J., *et al.* (in press). Familial aggregation for conduct disorder symptomatology: the role of gender, marital discord and family adaptability. *Psychological Medicine,* in press.

Moffitt, T.E. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 135–51.

O'Connor, T.G., Hetherington, E.M , Reiss, D. & Plomin, R. (1995). A twin-sibling study of observed parent-adolescent interactions. *Child Development, 66,* 812–29.

Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: a causal analysis. *Development Psychology, 16,* 644–60.

Olweus, D. (1989). Persistence and prevalence in the study of antisocial behavior: definitions and management. In M.W. Klein (Eds.), *Cross-national Research in Self-reported Crime and Delinquency.* Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Ono, Y., Manki, H., Yoshimura, K., *et al* (1997). Association between dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism and novelty seeking in Japanese subjects. *American Journal of Medical Genetics, 74,* 501-3.

Parsian, A., Todd, R.D., Devor, E.J., *et al.* (1991). Alcoholism and alleles of the human D2 dopamine receptor locus. *Archives of General Psychiatry,* 48, 655–63.

Patterson, G. & Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects. Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy, 10,* 168–85.

Pike, A., Reiss, D., Hetherington, E.M. & Plomin, R. (1996). Using MZ differences in the search for nonshared environmental effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 695–704.

Plomin, R. (1995). Genetics and children's experiences in the family. *Journal of Child Psycholog and Psychiatry, 36,* 33–68.

Popova, N. & Kalikov, A.V. (1986). Genetic analysis of spontaneous internal aggression in mice. *Aggressive Behaviour, 12,* 425–31.

Reiss, D., Hetherington, M., Plomin, R., *et al.* (1995). Genetic questions for environmental studies. *Archives of General Psychiatry, 52,* 925–36.

Risch, N. & Merikangas, K. (1996). The future of genetic studies of complex human disease. *Science, 275,* 1516–17.

Robins, L.N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychiatry and Psychology, 32,* 193–212.

Robinson, A. & de la Chapelle, A. (1997). Sex chromosome anomalies. In D. Rimoin, J.M. Connor & R.E. Pyeritz (Eds.), *Principles and Practice of Medical Genetics* (pp. 973–99). New York Churchill Livingstone.

Rowe, D.C. (1983). Biometrical genetic models of self-reported delinquent behavior: a twin study. *Behavior Genetics, 13,* 473–89.

Rutter, M. (Ed.) (1978). *Family, Area and School Influences in the Genesis of Conduct Disorders* Oxford: Pergamon Press.

Rutter, M., Bolton, P., Harrington, R. *et al.* (1990fl). Genetic factors in child psychiatric disorders — I. A review of research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 3–37.

Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People.* Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., *et al.* (1990b). Genetic factors in child psychiatric disorders — II. Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 39–83.

Rutter, M. & Redshaw, J. (1991). Growing up as a twin: twin singleton differences in psychological development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32,* 885–95.

Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T J. & Simonoff, E. (1999a) Genetics and child psychiatry. I: Advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 3–18.

Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T. & Simonoff, E. (1999b). Genetics and child psychiatry. II: Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 19–56.

Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behaviour* London: Longman.

Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., *et al* (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: III — Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry, 125,* 520–33.

Sander, T., Harms, H., Dufeu, P., *et al.* (1997). Dopamine D4 receptor exon III alleles and variation of novelty seeking, exploratory excitability. *American Journal of Medical Genetics, 74,* 483–7.

Saudou, P., Amara, D.A., Dierich, A., *et al* (1994). Enhanced aggressive behavior in mice lacking 5-HT_{1B} receptor. *Science, 265,* 1875–8.

Schmitz, S., Cherny, S.S., Fulker, D.W. & Mrazek, D.A. (1994). Genetic and environmental influences on early childhood behavior. *Behavior Genetics, 24,* 25–34.

Silberg, J., Rutter, M., Meyer, J., *et al.* (1996). Genetic and environmental influences on the covariation between hyperactivity and conduct disturbance in juvenile twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 803–16.

Simonoff, E. (1992). A comparison of twins and singletons with child psychiatric disorders: an item sheet analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33,* 1319–32.

Simonoff, E. (2000) Extracting meaning from comorbidity: genetic analyses that make sense. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41,* 667–74.

Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Murray, R. & Rutter, M. (submitted). The genetics of antisocial behaviour: evidence for increasing genetic effects from childhood to adult life.

Simonoff, E., McGuffin, P. & Gottesman, I.I. (1994). Genetic influences on normal and abnormal development. In M. Rutter, E.A. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modem Approaches* (pp 129–51). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Simonoff, E., Pickles, A., Hewitt, J., *et al* (1995). Multiple raters of disruptive child behavior: using a genetic strategy to examine shared views and bias. *Behavior Genetics, 25,* 311–26.

Simonoff, E., Pickles, E., Meyer, J., Silberg, J. & Maes, H. (1998). Genetic and environmental influences on subtypes of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27,* 497–511.

Simonoff, E., Pickles, A., Meyr, J.M , *et al* (1997) The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development· influences of age, gender and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry, 54,* 801–8.

Slutske, W.S., Heath, A.C., Dinwiddie, S.H., *et al.* (1997). Modeling genetic and environmental influences in the etiology of conduct disorder: A study of 2682 adult twin pairs. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 269–79

Spielman, R.S. & Ewens, W J (1996). Invited editorial. The TDT and other family-based tests for linkage disequilibrium and association. *American Journal of Human Genetics, 59,* 983–9.

St. George-Hyslop, P.H., Myers, R.H., Haines, J.L., *et al* (1989). Familial Alzheimer's disease: progress and problems. *Neurobiology of Aging, 10,* 417–25.

Stevenson, J. & Graham, P. (1988). Behavioral deviance in 13-year old twins: An item analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 791–7.

Stewart, M A., Cummings, C., Singer, S. & DeBlois, C.S. (1979). The overlap between hyperactive and unsocialized aggressive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22,* 35–45.

Suarez, B K., Parsian, A., Hampe, C L., et al, (1994). Linkage disequilibria at the D2 dopamine receptor locus (DRD2) in alcoholics and controls. *Genomics, 19,* 12–20.

Swanson, J M., Sunohara, G A., Kennedy, J L., *et al* (1998). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); A family-based approach. *Molecular Psychiatry, 3,* 38–41

Szatmari, P., Boyle, M. & Offord, D. (1993). Familial aggregation of emotional and behavioral problems in adulthood in the general population. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1398–1405.

Taylor, E., Everitt, B., Thorley, G., *et al* (1986d). Conduct disorder and hyperactivity: II. A cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome *British Journal of Psychiatry, 149,* 768–77

Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G. & Wiselberg, M. (1986b). Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 149,* 760–77

Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K. & Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *British Journal of Psychiatry, 174,* 105–11.

Thapar, A. & McGuffin, P. (1994). A twin study of depressive symptoms in childhood. *British Journal of Psychiatry, 165,* 259–65.

Thapar, A. & McGuffin, P. (1996). A twin study of antisocial and neurotic symptoms in childhood. *Psychological Medicine, 26,* 1111–18.

The Huntington's Disease Collaborative Research Group (1993). A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes. *Cell, 72,* 971–83.

Turner, E., Ewing, J., Shilling, P., *et al* (1992). Lack of association between an RFLP near the D2 dopamine receptor gene and severe alcoholism. *Biological Psychiatry, 31,* 285–90.

Van Den Oord, E.J., Koot, H.M., Boomsma, D.I., Verhulst, F.C. & Orlebeke, J F. (1995). A twin-singleton comparison of problem behaviour in 2-3-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 449–58.

Van Tol, H.H., Wu, C.M., Guan, H.C., *et al* (1992). Multiple dopamine D4 receptor variants in the human population. *Nature, 358,* 149–52.

Watt, D.C & Edwards, J.H. (1991). Doubt about evidence for a schizophrenia gene on chromosome 5. *Psychological Medicine, 21,* 279–85.

Zahn-Waxler, C., Schmitz, S., Fulker, D., Robinson, J. & Emde, R. (1996). Behavior problems in 5-year-old monozygotic and dizygotic twins: genetic and environmental influences, patterns of regulation, and internalization of control. *Development and Psychopathology, 8,* 103–22.

Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine, 22,* 971–88.

9

Роль нейропсихических нарушений (нарушения деятельности головного мозга) в развитии расстройств поведения

Donald R. Lynam и Bill Henry

Введение

Вопрос о существовании связи между состоянием функционирования головного мозга и выраженностью антисоциального поведения освещался в литературе на протяжении столетий. Benjamin Rush (1812, цит. в Elliott, 1878, с. 147) упоминал о «тотальном извращении моральных способностей» у людей, которые проявляли «врожденное противоестественное моральное разложение». Он предполагал, что «вероятно, существует первичный дефект в тех частях организма, которые отвечают за нравственные качества души». Со времен Rush понимание деятельности человеческого мозга и возможности измерить его функционирование продвинулись далеко вперед. Использовав эту новую информацию и технологии, ученые работали над тем, чтобы более конкретные описания «нейропсихических гипотез» подвергнуть научному испытанию.

В данной главе мы анализируем доказательства, подтверждающие связь между нейропсихическими нарушениями и поведенческими расстройсвами у детей и подростков. Точнее, мы продемонстрируем, что антисоциальное поведение связано с нарушением двух конкретных сфер функционирования: вербальных навыков и исполнительной функции, или функции самоконтроля. Кроме того, мы рассматриваем несколько проксимальных (ближайших) и дистальных (отдаленных) объяснений смысла этих связей, а также представляем некоторые аспекты комплексной теории развития, разработанной на основании исследований в области нейропсихологии, криминологии, личности и развития, и предлагаем одно из самых полных объяснений. В заключение обсуждаются методологические и теоретические недостатки настоящих исследований и описываются основные принципы будущих.

Однако прежде чем начать обзор доказательств в пользу связи между нейропсихическим здоровьем и расстройством поведения, следует дать три разъяснения. Во-первых, мы полагаем, что расстройство поведения является крайним вариантом антисоциального поведения. Таким образом, изучение антисоциальных, агрессивных и делинквентных детей и подростков имеет огромное значение, поскольку исследований, касающихся именно расстройства поведения, проведено крайне мало. Поэтому мы везде упоминаем в основном синдром поведенческих нарушений.

Во-вторых, трудно достаточно ясно продемонстрировать существование причинно-следственных связей в большинстве областей психологии; область поведенческих расстройств не является исключением. Чтобы можно было сказать, что нарушение деятельности головного мозга ведет к антисоциальному поведению, должны выполняться три условия: 1) нейропсихические нарушения имеют положительную связь с антисоциальным поведением; 2) нарушения функционирования мозга предшествуют антисоциальному поведению; 3) можно исключить альтернативные правдоподобные объяснения этой связи (Rosenthal & Rosnow, 1991). И хотя ни в одном исследовании все три условия не были успешно выполнены, мы отстаиваем точку зрения, что во всех работах по изучению связи между нейропсихическим здоровьем и антисоциальным поведением предполагается, что нарушение деятельности головного мозга является причиной выраженного антисоциального поведения. Рассматриваемые ниже доказательства свидетельствуют в пользу того, что чем хуже нейропсихическое здоровье, тем более выражено антисоциальное поведение; важно отметить, что размеры эффекта находятся в приемлемом диапазоне и сохраняются после повторного (консервативного) учета других переменных. Кроме того, результаты нескольких обсервационных (эмпирических) исследований подтверждают, что недостаточность функционирования головного мозга предшествует серьезным проявлениям антисоциального поведения (Denno, 1990; Moffitt, 1993), а исследования, которые бы показывали обратную последовательность, не проводились. Естественные эксперименты, в которых индивиды перенесли серьезную черепно-мозговую травму, также говорят в пользу того, что изменения нейропсихического статуса ассоциируются с изменениями в антисоциальном статусе в хорошо известном случае Phineas Gage. И наконец, в нескольких научных работах была проверена и исключена жизнеспособность различных объяснений этой связи третьей переменной (Lynam *et al.*, 1993).

Третье разъяснение касается гетерогенности рассматриваемых выборок. В большинстве исследований использовались разнородные выборки, состоявшие из испытуемых правонарушителей мужского пола среднего подросткового возраста, и практически не осуществлялось разделение индивидов, начавших совершать правонарушения в младшем и старшем подростковом возрасте. Таким образом, выборку одного исследования невозможно прямо сопоставить с выборкой другого исследования. Однако вместо того, чтобы признать наши выводы недействительными, мы считаем, что данная гетерогенность в действительности укрепляет их; мы согласны с мнением Robins (1978), что «чем больше различаются изучаемые популяции, чем более широкую историческую эпоху они охватывают, чем более разнятся детали методов, тем убедительнее их повторение» (с. 611). Однако всякий раз когда это было возможно, мы стремились выделить из гетерогенной группы индивидов с наиболее выраженными расстройствами. В литературных источниках ясно показано, что наиболее ярые правонарушители с ранним началом расстройства поведения, совершают большее количество нарушений и более серьезных, у них более высокая вероятность наличия одновременно гиперактивности, импульсивности и нарушений внимания. Концепция гиперактивности (совокупность проявлений беспокойства, невнимательности и импульсивного поведения в детстве) освещалась в медицинской литературе с начала XIX века. Однако со временем терминология и диагностические критерии существенно изменились, а поэтому мы избегаем специфических диагностических названий в нашей дискуссии общего характера. Вместо этого мы обозначаем синд-

ром гиперактивности (т. е. гиперактивность, импульсивность и дефицит внимания) как ГИВ (гиперактивность–импульсивность–внимание).

Эмпирические доказательства в пользу недостаточного вербального развития

Нарушение способности к овладению речью — один из наиболее ярких коррелятов выраженных проявлений расстройства поведения. Недостаточное вербальное развитие выявлено у детей с расстройством поведения, у подростков с выраженным делинквентным поведением и у взрослых преступников. С тех пор как Wechsler (1944) впервые обратил внимание на бóльшую полезность величины оперантного (невербального) IQ исполнения для диагностики у делинквентов, чем величины вербального IQ, было опубликовано множество исследований по изучению сниженного вербального интеллекта у антисоциальных личностей. Prentice и Kelly (1963), West и Farrington (1973), Moffitt (1990*a*), а также Moffitt и Lynam (1994) провели всесторонние обзоры литературы с возрастающим количеством исследований в каждом из них и с незначительным количеством опровергающих сообщений. В сущности, сведения о сниженной способности к овладению речью у антисоциальных личностей продолжают подтверждаться (Fergusson *et al.*, 1996; Lahey *et al.*, 1995, Lynam *et al.*, 1993; Moffitt *et al.*, 1994; Walsh *et al.*, 1987; Werry *et al.*, 1987). Важно отметить, что различия между антисоциальными и неантисоциальными личностями сохраняются даже после внесения поправки на потенциальные вмешивающиеся факторы, такие как раса (Lynam *et al.*, 1993; Short и Strodtbeck, 1965; Wolfgang *et al.*, 1972), социально-экономический статус (Lynam *et al.*, 1993, Moffitt *et al.*, 1981; Reiss & Rhodes, 1961; Wolfgang *et al.*, 1972), достижения в учебе (Denno, 1989; Lynam *et al.*, 1993), тестовая мотивация (Lynam *et al.*, 1993), а также характерное выявление низкого IQ у делинквентов (Moffitt & Silva, 1988*a*). Робастность сниженного вербального IQ у делинквентов (особенно по сравнению с практически нормальным оперантным IQ) была расценена как весомое подтверждение особой недостаточности владения речью. Поскольку практически у всех индивидов за функцию речи отвечает левое полушарие, полученные сведения интерпретируются как доказательство дисфункции левого полушария головного мозга.

В дополнение к исследованиям, в которых использовались тесты на IQ, в исследованиях с применением более стандартных нейропсихологических тестов также получены доказательства в пользу недостаточного вербального развития у антисоциальных личностей. Например, Karniski и коллеги (1982) обследовали 54 мальчика-подростка, находящихся под стражей, предлагая им выполнить 29 заданий, которые были последовательно «провалены» по шести сводным оценкам «полного развития нервной системы, общей двигательной функции, определения последовательности во времени, обработки зрительной информации и речеслуховой функции». Контрольная группа состояла из 51 мальчика из школ, расположенных в районе преимущественного проживания «синих воротничков» (рабочих). Заметные групповые различия были получены по двум сводным показателям: обработке зрительной информации и речеслуховой функции, но наиболее явными были различия в речеслуховой сфере. После проверки хвоста кривой распределения 29,6% делинквентов и только 2% мальчиков из конт-

рольной группы по речевым навыкам набрали количество баллов на два или более стандартных отклонения меньше, чем средний показатель в контрольной группе. В других исследованиях получены такие же результаты (Berman & Siegal, 1976; Sobotowicz *et al.*, 1987; Wolff *et al.*, 1982).

Однако наиболее убедительное подтверждение специфических нарушений речи при расстройстве поведения получено в серии сообщений о лонгитудинальном исследовании, проведенном в Новой Зеландии. Выборка состояла из когорты в 1000 испытуемых, которые всесторонне изучались от рождения до 21 года посредством комплексного обследования раз в два года. Важно отметить, что в возрасте 13 лет испытуемые прошли всестороннее нейропсихологическое обследование. В результате было получено пять теоретически значимых факторов (Moffitt & Henry, 1989): 1) вербальный, 2) зрительно-пространственный, 3) вербальная память, 4) зрительно-двигательная интеграция, 5) психическая гибкость. Это исследование имеет большое значение для данной сферы, поскольку проводилось для коррекции многочисленных изъянов предыдущих исследований и для тщательной проверки гипотезы о роли нейропсихических нарушений (см. Moffitt, 1988). Полученные сведения были изложены в нескольких статьях (Frost *et al.*, 1989; Moffitt, 1990*a, b*; Moffitt & Henry, 1989; Moffitt *et al.*, 1994, Moffitt & Silva, 1988*a, b, c*; White *et al.*, 1989, 1990). В силу значимости этого исследования здесь проводится обзор нескольких наиболее важных его результатов.

Так, у мальчиков с наиболее выраженными расстройствами поведения, особенно с сопутствующими ГИВ, были обнаружены наиболее тяжелые нарушения нейропсихических функций (Moffitt & Silva, 1988 c) — преимущественно вербальной и функции речевой памяти. (Сочетание нарушений поведения и ГИВ служит особенно неблагоприятным прогностическим признаком.) У мальчиков с обоими типами нарушений отмечается тенденция к более тяжелому антисоциальному поведению, если исходить из разнообразия, тяжести и частоты антисоциальных действий, и более вероятен его переход из подросткового возраста во взрослую жизнь (см. полный обзор Lynam, 1996). Исследуя траектории развития таких мальчиков и мальчиков, имеющих только нарушения поведения либо только ГИВ в возрасте от трех до 15 лет, Moffitt (1990*b*) выявил, что в случае сочетания расстройств отмечались чрезвычайно выраженные проявления антисоциального поведения, которое оставалось стабильным в течение всего этого периода. Нейропсихические нарушения имели такую же продолжительность, как и антисоциальное поведение. В возрасте трех и пяти лет у этих мальчиков стандартное отклонение было ниже возрастной нормы для мальчиков по тестам двигательной координации Bayley и McCarthy; в возрасте 5, 7, 9, 11 и 13 лет в этой группе стандартное отклонение было более чем на 3/4 ниже возрастной нормы для мальчиков по вербальному IQ.

Moffitt и коллеги (1994) показали, что недостаточное нейропсихическое функционирование в возрасте 13 лет может служить прогностическим признаком антисоциального поведения в старшем подростковом возрасте. (В старшем подростковом возрасте (15–18 лет) отмечается максимальная частота вовлеченности в антисоциальное поведение. Учитывая большое количество индивидов, совершающих антисоциальные действия в этот период, особого внимания заслуживает то, что нейропсихические показатели предсказывают вовлеченность в эти действия). Независимо от того, регистрировались ли антисоциальные действия по сообщениям самих нарушителей, полиции либо по данным судов, чем хуже было нейропсихическое функционирование в возрасте 13 лет, тем более вероятным оказывалось совершение преступления в возрасте 18 лет. Нейропси-

хический статус влияет также на возраст при первом контакте с полицией и первой судимости. Самая сильная связь отмечалась в отношении вербального фактора и фактора речевой памяти при использовании батареи тестов, и эти результаты сохранялись даже после внесения статистической поправки на социально-экономический статус; полная корреляция колебалась от 0,13 до 0,38. Особо интересным был эффект, который нейропсихический статус оказывал на устойчивость правонарушений с течением времени. Количество баллов по вербальному фактору и речевой памяти связано не только с ранним началом правонарушений, но и с устойчивостью совершения противоправных действий с течением времени. У мальчиков с делинквентным поведением в возрасте 13 лет со слабыми результатами, полученными по батарее нейропсихологических тестов, к возрасту 15 и 18 лет наблюдалось наиболее делинквентное поведение. К примеру, 45 мальчиков с «высокой» делинквентностью и «плохим» нейропсихическим статусом в 13-летнем возрасте, по данным самоотчетов, совершали гораздо больше правонарушений, чем их сверстники в возрасте 18 лет; стандартное отклонение на 0,70 больше, чем средняя для мальчиков. Хотя эти мальчики составляли только 12% от 375 испытуемых в выборке 13-летних, на их счет относилось 46% от 251 зарегистрированных преступлений и 59% от 255 осужденных судами для несовершеннолетних.

Связь между слабой способностью к овладению речью и устойчивостью антисоциального поведения была также выявлена у детей с диагнозом «расстройство поведения». Lahey и коллеги (1995) анализировали факторы, связанные с устойчивостью расстройства поведения в течение четырех лет, в сравнительно крупном проспективном исследовании мальчиков, обратившихся в клинику. Как и предполагалось, низкий вербальный IQ коррелировал с расстройством поведения во временной период 1. Более важно то, что низкий вербальный коэффициент интелекта был связан с устойчивостью расстройства поведения с течением времени, особенно когда он рассматривался в сочетании с наличием у родителей антисоциального расстройства личности (АРЛ); со временем показатели улучшились только у мальчиков с вербальным IQ выше среднего и без АРЛ у родителя. Аналогично, Farrington и Hawkins (1991) выявили, что низкий вербальный IQ в возрасте 8–10 лет предсказывал устойчивость совершения преступлений после достижения 21 года (*phi* = 0,23) даже после внесения поправки на несколько других прогностических факторов (см. также Fergusson *et al.*, 1996).

Наконец, слабая способность к овладению речью, на которую указывает низкий вербальный IQ и другие более специфические нейропсихические показатели, ассоциируется с относительно выраженными и стойкими нарушениями поведения в детстве и подростковом возрасте. Получены также данные о том, что низкий уровень речевой способности особенно связан с сочетанием нарушений поведения и ГИВ — комбинация с крайне неблагоприятным прогнозом (см. Lynam, 1996).

Эмпирические доказательства в пользу расстройства функции самоконтроля

Недостаточное вербальное развитие — не единственный коррелят антисоциального поведения. Установлено, что антисоциальное поведение также ассоциируется с недостаточной функцией самоконтроля (или с недостаточной «исполнительной» функ-

цией головного мозга), которая представляет собой поддержание внимания и концентрацию, способность к абстрактным умозаключениям и формированию понятий, формулированию целей, способность предвидеть и планировать, программировать и инициировать целенаправленную последовательность поведения, а также тормозить неэффективное, неадекватное или импульсивное поведение. Данные о связи между недостаточностью самоконтроля и нарушениями поведения были выявлены у осужденных испытуемых, среди индивидов без расстройства поведения в условиях эксперимента, а также в общепопуляционных выборках. Данная связь сохраняется после внесения поправки на IQ и, как будет показано далее, оказывается особо сильной в подгруппе правонарушителей, которая характеризуется как антисоциальным поведением, так и симптомами ГИВ.

Несколько исследований, которые проводились с использованием батареи формальных тестов для поверки функции самоконтроля у делинквентных испытуемых, показали, что по результатам этих тестов можно дифференцировать антисоциальных подростков и неантисоциальных (см. обзоры Henry &Moffitt, 1997; Moffitt, 1990*a*; Moffitt & Henry, 1991). Кроме того, получены некоторые данные о том, что стойкие и импульсивные поведенческие проявления у детей с расстройством поведения и у взрослых с антисоциальным расстройством личности могут ассоциироваться с дефицитом самоконтроля, в особенности при модуляции внимания (Newman, 1987; Newman & Kosson, 1986; Raine, 1988; Shapiro *et al.*, 1988).

В нескольких исследованиях для изучения делинквентов использовалась батарея тестов для проверки функций лобной доли. К примеру, Skoff и Libon (1987) сравнили результаты у 22 заключенных в тюрьму делинквентов с опубликованными нормами следующих тестов: Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sort Test — WCST), «Лабиринты Porteus» (Porteus Mazes), Trails B, «Плавность речи» (Verbal Fluency), а также четырех дополнительных тестов самоконтроля. У одной трети испытуемых полученные результаты по всей батарее тестов входили в диапазон нарушений. Подобным образом WCST, «Лабиринты Porteus», Trails B, «Плавность речи» и тест «Сложные фигуры Rey Osterreith» (Rey Osterreith Complex Figure Test) были проведены на общепопуляционной выборке в Новой Зеландии (Moffitt & Henry, 1989). Многофакторный анализ отклонения показал, что линейная комбинация результатов этих тестов самоконтроля позволяет достаточно четко дифференцировать по данным самоотчетов ранних делинквентов и неделинквентов. Этот эффект был наиболее робастным в подгруппе делинквентов с сопутствующим симптомокомплексом ГИВ; различия между этой и контрольной группами (без нарушений) колебались в пределах от 2/3 до выше одного стандартного отклонения. Более того, данные результаты сохранялись даже после внесения статистической поправки на общий IQ (см. также Lynam, 1998).

В других исследованиях, хотя и не нацеленных именно на изучение функции самоконтроля, получены данные об отдельных показателях, как правило, включаемых в батарею исследований функций лобной доли. Berman и Siegal (1976) обнаружили, что делинквенты набирают низкий балл по тестам Category и Trails B. Wolf и коллеги (1982) сообщали о связанных с делинквентностью сниженных показателях по тестам избирательного внимания и по Stroop Color Word Test. В пяти исследованиях получены сведения о низких показателях у делинквентов по разнообразным тестам, требующим последовательного двигательного поведения (Brickman *et al.*, 1984; Hurwitz *et al.*, 1972; Kamiski *et al.*, 1982; Lueger & Gill, 1990; Miller *et al.*, 1980).

Недавно несколько исследователей использовали более усовершенствованные критерии, например Self-Ordered Pointing Task (SOP; Petrides & Milner, 1982) и Conditional Association Task (CAT; Petrides, 1985), чтобы проверить связь между агрессивностью и функциями лобной доли. При проведении SOP испытуемым предъявляют расположенные в разном порядке стимулы из одного и того же комплекта и заставляют при каждой попытке выбирать разный стимул до тех пор, пока не будут выбраны все они; SOP требует активного обдумывания испытуемыми сделанных ими ранее выборов, когда они готовятся к следующей попытке. Во время проведения CAT испытуемые должны найти связь между двумя наборами стимулов. При проведении позитронно-эмиссионной томографии было установлено, что выполнение SOP связано с функционированием срединной дорсолатеральной лобной зоны, в то время как CAT ассоциируется с задней дорсолатеральной лобной зоной (Petrides *et al.*, 1993). Lau и коллеги (1995) обнаружили, что низкие показатели выполнения этих заданий в лабораторных условиях ассоциировались с агрессией. Однако Giancola и Zeichner (1994) сообщают, что только выполнение CAT ассоциировалось с интенсивностью ударов по воображаемому оппоненту в лабораторных условиях. Это наводит на мысль, что только дефицитные нарушения в задней дорсолатеральной зоне лобной доли ассоциируются с агрессией. Lau и Pihl (1994) также обнаружили, что результаты SOP не могут прогнозировать агрессивность с большей вероятностью, чем CAT.

Как и в случае недостаточно развитой речи, полученные данные свидетельствуют о том, что сниженная функция самоконтроля может быть достаточно специфической характеристикой группы с наиболее выраженными антисоциальными проявлениями — мальчиков с симптомами расстройства поведения и ГИВ. В исследовании, проводившемся в Новой Зеландии, мальчики-подростки с симптомами как расстройства поведения, так и ГИВ, имели худшие показатели по нейропсихологическим тестам самоконтроля по сравнению с их сверстниками, у которых было либо расстройство поведения, либо ГИВ (Moffitt & Henry, 1989; Moffitt & Silva, 1988c). В аналогичном исследовании функций самоконтроля и нарушений поведения с использованием разнообразных тестов и количественных оценок — Питтсбургское исследование подростков (White *et al.*, 1994) — были собраны данные по «самоконтролю и импульсивности» у 430 12-летних мальчиков. Показатели импульсивности имели сильную связь с делинквентностью в двух возрастных периодах даже после внесения статистической поправки на величину IQ и на показатели SES (s = 0,38 и 0,43); кроме того, эти количественные показатели были связаны с трехлетней продолжительностью антисоциального поведения даже после внесения статистической поправки на первоначальный уровень делинквентности (s = 0,15). В отдельном исследовании Aronowitz и коллеги (1994) сообщили, что показатели выполнения тестов исполнительной функции (самоконтроля) у подростков, имеющих одновременно и расстройство поведения, и ГИВ, были ниже, чем у подростков только с расстройством поведения.

В дополнение к этим зарегистрированным перекрестным взаимосвязям, недавно проведенные лонгитудинальные исследования продемонстрировали, что недостаточность функции самоконтроля ассоциировалась со стабильностью и с непрерывностью нарушений поведения. Seguin и коллеги (1995) выявили, что показатели функции самоконтроля у мальчиков со стабильным характером агрессивности в период от шести до 12 лет были значительно ниже, чем у неагрессивных или у тех, у кого характер агрессивности был нестабильным.

Все вышеупомянутые исследования предполагают наличие связи между нарушениями деятельности головного мозга, манифестирующими в виде низких показателей по тестам самоконтроля, и ранним началом расстройства поведения, а также его последующей устойчивостью. Кроме того, результаты в группе мальчиков, у которых одновременно существуют ГИВ и нарушения поведения, представляют особый интерес, учитывая предположение Lynam (1996) о том, что сочетание расстройства поведения и гиперактивности/невнимательности может представлять собой особый подтип расстройства поведения, особенно тяжелый и устойчивый, при котором существует риск развития у ребенка выраженного антисоциального расстройства поведения в подростковом возрасте и в период взрослости.

Заслуживают краткого упоминания исследования, которые начали проводить недавно, используя нейровизуальные методы изучения особенностей деятельности головного мозга, связанных с антисоциальным поведением. Исследователи применяли методы, которые позволяют оценить структурные (например, компьютерная и магнитно-резонансная томография) и функциональные (например, позитронно-эмиссионная и однофотонная эмиссионная компьютерная томография) характеристики мозга у индивидов с антисоцальным поведением (см. полный обзор Henry и Moffitt, 1997). Результаты варьировались от одного исследования к другому, но если результаты оказывались значимыми, они свидетельствовали в основном о дисфункции височной и лобной областей среди правонарушителей — паттерн, подтверждающий результаты, полученные в исследованиях с использованием тестов действия. В исследованиях структуры головного мозга (Hucker *et al.*, 1986, 19888; Langevin *et al.*, 1987, 1988, 1989*a, b*); Tonkonogy, 1991; Wright *et al.*, 1990) отмечается тенденция к выявлению связи между нарушениями в височной доле и антисоциальным поведением; в исследованиях по изучению функционирования головного мозга (Goyer *et al.*, 1994; Hendricks *et al.*, 1988; Raine *et al.*, 1994b; Volkow *et al.*, 1995) на первый план выступает роль лобной доли. Однако подобная литература далека от завершенности. Небольшой размер выборок, непоследовательное использование некриминальных контрольных групп, широкое разнообразие типов преступников — все это не позволяет сделать какие-либо четкие выводы. Предварительное предположение состоит в том, что результаты нейровизуальных исследований согласуются с результатами тестов действия, разработанных для оценки нейропсихических функций. Однако данные этих двух литературных источников не интегрируются, поэтому необходимы дальнейшие исследования для более полного анализа этих трудных вопросов.

Теоретическое объяснение связи между нарушениями функционирования головного мозга и антисоциальным поведением

Несмотря на то, что многие исследования были нацелены на документальное подтверждение характера и прочности указанной связи, меньше исследований было посвящено изучению механизмов, посредством которых недостаточность нейропсихических функций дает свои эффекты. Вероятнее всего, существуют прямые и опосредованные эффекты, так же как и проксимальные и дистальные.

Было выдвинуто несколько теорий, объясняющих связь между плохой способностью к овладению речью и антисоциальным поведением. Например, A.R. Luria (1961; Luria & Homskaya, 1964) разработал комплексную теорию значимости нормальной речи для осуществления самоконтроля поведения. По мнению Luria, нормальная речеслуховая память и способность к абстрактным вербальным умозаключениям необходимы для развития самоконтроля, и они влияют на успешность социализации начиная с самых ранних взаимодействий между родителями и ребенком. Механизмы самоконтроля, основанные на способности к овладению речью, варьируются от фактически автоматического программирования движения для торможения элементарных проявлений детского поведения (запрет «Нет!») до «продумывания чего-либо» перед вступлением на тропу сложного поведения взрослого. Wilson и Herrnstein (1985) полагают, что низкий уровень вербального интеллекта способствует появлению определенного когнитивного стиля, ориентированного на настоящее, который в свою очередь приводит к безответственному и эксплуататорскому поведению. В своей теории автономного обусловливания антисоциального поведения Eysenck (1977) предполагает, что когда родитель навешивает на различные проступки ребенка такие словесные ярлыки, как «непослушное», «плохое» или «хулиганское», должна усиливаться генерализация стимула. Но дети с недостаточно развитой речью, возможно, не получают пользы, если определенные формы поведения относят к классу таких, которые влекут за собой наказание; скорее такие дети методом проб и ошибок могут усвоить, что каждый поступок плохой. Таким образом, нормальное развитие речи является необходимым компонентом просоциальных процессов, таких как отсрочка вознаграждения, предвидение последствий, а также связь последующих наказаний с ранее совершенными проступками.

Еще в одном сообщении Savitsky и Czyzewski (1978) указывают, что недостаточное развитие речевых навыков у ребенка может препятствовать развитию способности определять собственное восприятие эмоций, выражаемых другими (пострадавшими или противниками). Такого рода недостаток может ограничивать варианты реагирования ребенка в угрожающих или неоднозначных ситуациях, предрасполагая их к быстрым физическим реакциям, а не к более трудоемким вербальным. Таким образом, у детей, у которых вербальные методы коммуникации вызывают чувство дискомфорта, выше вероятность того, что при возникновении трудностей они будут набрасываться на других, а не обговаривать выход из положения. Данные этих исследований совпадают с результатами работы, выполненной Dodge и коллегами. В них установлено, что агрессивные дети не только имеют тенденцию формировать враждебное отношение при возникновении неоднозначных сигналов со стороны окружающих (Dodge *et al*, 1986), но и формируют меньше вербальных, а больше прямолинейных, ориентированных на действие решений в ответ на социальные проблемы (Lochman *et al.*, 1989).

Социологические данные свидетельствуют о потенциальном косвенном влиянии недостаточно развитой речи на антисоциальное поведение через школьную успеваемость. К примеру, версия теории социального контроля Hirschi (1969) предполагает, что различия в интеллектуальных способностях имеют значение для того, как дети будут воспринимать школу, и являются решающим фактором удерживания детей и подростков от делинквентного поведения. Возможно, способные учащиеся будут воспринимать школу как поощряющую и полезную, разовьют связь со школой и, следовательно, с большей вероятностью будут воздерживаться от правонарушений. С другой стороны, менее способные учащиеся будут воспринимать школу как фрустрирующую

и маловажную. Эти менее способные учащиеся, которых не волнует, что учителя думают о них, какие оценки они получат, которые не тратят много времени на выполнение домашних заданий, не имеют больших устремлений и надежд на будущее, в силу их слабой привязанности к школе чаще будут совершать правонарушения. Аналогично, сторонники теории напряжения (Cloward & Ohiin, 1960) также считают, что восприятие школы как чего-то неприятного и ощущение своей несостоятельности в ее стенах, чаще возникающее у учащихся с недостаточно развитой способностью к речи, являются важными предвестниками антисоциального поведения.

Многие теоретики обсуждали процессы, посредством которых недостаток самоконтроля содействует формированию антисоциального поведения. Фактически, одно историческое основание для проведения исследований по изучению нейропсихических функций у делинквентов заключалось в кажущемся сходстве между преступным поведением и симптомами расторможенного, антисоциального поведения у пациентов с травмой лобных долей мозга (Elliott, 1978; см. также Elliott, 1992). Несколько авторов (Gorenstein, 1982; Pontius, 1972; Yeudall, 1980) создали теорию, основанную на сходстве поведения делинквентов и «псевдопсихопатических» пациентов с травмой лобных долей. К основным признакам «псевдопсихопатического» синдрома, наблюдаемого при травме орбитальной зоны лобных долей, относятся: дурашливость, сексуальный и личностный гедонизм, расторможенность, некритичное отношение к своему состоянию, импульсивность, раздражительность и отсутствие проявления заботы о других (Blumer & Benson, 1975). Gorenstein и Newman (1980) описали функциональное сходство расторможенного антисоциального поведения человека и поведения в эксперименте животных с поврежденными структурами лобных долей и лимбической системы мозга. В позднее проводившемся исследовании Newman и коллеги (Newman & Wallace, 1993; Patterson & Newman, 1993) расширили эту модель, глубже разъяснив характер «расторможенной психопатологической симптоматики» (см. также Quay, 1993). Newman и Wallace (1993) убеждали, что симптомы расторможенного поведения коренятся в недостатке «модуляции ответной реакции» и «регуляции себя». Модуляция ответной реакции описывается как автоматический процесс, включающий временную приостановку текущей поведенческой ответной реакции для ассимиляции обратной связи. Саморегуляция рассматривается как контролируемый процесс и описывается как «регулируемый анализ своего поведения». Newman и коллеги предполагают, что недостаточность модуляции ответной реакции снижает способность индивида приостановить свои действия при возникновении ситуации, при которой намечается угроза наказания, и таким образом саморегуляция оказывается невозможной. Этот процесс в конечном итоге приводит к неспособности усвоить избегающее поведение, т. е. к неумению избегать поведения, которое приводит к наказанию.

Наконец, Lau и коллеги (1995) разработали модель механизмов, связывающих недостаток самоконтроля и агрессию. Согласно этой модели нарушение функционирования лобных долей может препятствовать установлению связи между специфическими характеристиками стимулов и установленными ранее правилами ответной реакции. При отсутствии этой связи индивид не способен задействовать эти правила для регуляции поведения. Вместо этого оно управляется непосредственным стимулом. Таким образом, в условиях провокации или ощущаемой угрозы правила, которые в норме действовали бы для торможения агрессивной ответной реакции, оказываются неэффективными и возникают импульсивные/агрессивные реакции.

Многие описанные выше взгляды касаются самых проксимальных, еще надлежащим образом не проработанных объяснений. Они подчеркивают влияние нарушения деятельности головного мозга на антисоциальное поведение непосредственно в момент его проявления. К примеру, ребенок с недостаточно развитой речью будет больше полагаться на физические методы разрешения конфликта и удовлетворения своих потребностей. Аналогично, ребенок с дефицитом самоконтроля, заметив что-то, чего он хочет, поспешно схватит его, не раздумывая о возможных последствиях. Подобные объяснения в равной мере применимы как к шестилетнему мальчику, который бьет своего сверстника на детской площадке, так и к 25-летнему мужчине, стреляющему в своего ровесника в баре. Кроме того, следует заметить, что эти объяснения не позволяют понять причину усиления тяжести совершаемых антисоциальных поступков с течением времени (Loeber, 1988). Принимая во внимание утяжеление правонарушений, на основании приведенных объяснений можно было бы предположить, что нарушение деятельности головного мозга со временем усугубляется; в действительности же нередко деятельность головного мозга с течением времени постепенно улучшается. Поэтому, должно быть, происходит какой-то другой процесс.

Moffitt (1993) подробно описала более отдаленные эффекты нарушений мозговой деятельности, связанные с развитием. В своей возрастной таксономии она дифференцирует правонарушителей с антисоциальным поведением, ограниченным подростковым периодом и с относительно поздним началом, которые прекращают совершать правонарушения после вступления в период взрослости, и стойких правонарушителей, у которых антисоциальные тенденции становятся очевидными в раннем детстве. Последние составляют диспропрорционально высокий процент во всей преступной деятельности, они обычно продолжат совершать правонарушения в течение всей взрослой жизни. Считается, что ключевое различие этих двух групп состоит в разнящихся траекториях развития, которые приводят к каждому типу последствий антисоциального поведения. Для стойких (в течение жизни) правонарушителей характерно раннее появление нарушений деятельности головного мозга, что приводит к серии неудач в социальном функционировании и в учебе. Кумулятивный эффект нейропсихических нарушений, последующих неудач в социальной жизни и в учебе приводит к формированию паттерна неконтролируемого, взрывного поведения, которое продолжается всю жизнь.

По теории Moffitt, формирование длящегося на протяжении жизни антисоциального поведения начинается с пре- , постнатального или унаследованного фактора, продуцирующего индивидуальные различия в нарушении деятельности нервной системы младенца. Хотя мы считаем наиболее важными нейропсихическими функциями речевую и функцию самоконтроля, в нескольких рассмотренных нами исследованиях по изучению особенностей развития проводилось разграничение разных типов нейропсихических нарушений. В исследованиях изучали детей с малым весом при рождении, детей с неспецифической неврологической «мягкой симптоматикой», детей с «минимальной мозговой дисфункцией», а также детей с очаговой патологией головного мозга. Таким образом, невозможно сделать какой-либо вывод относительно «функции самоконтроля» и раннего развития; вместо этого мы говорим в общем о «слабом нейропсихическом здоровье». Каково бы ни было его происхождение, оно, вероятно, ассоциируется с разнообразием последствий для развития когнитивной, двигательной, эмоциональной и личностной сфер. Обычно к поведенческим последствиям слабого

нейропсихического здоровья относят недостаточно развитую координацию движений, нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность, нарушение речи и сниженную способность к научению (Rutter, 1983; Thomas и Chess, 1977). К примеру, Hertzig (1983) обследовал состояние нервной системы у 66 детей, родившихся с малым весом в благополучных семьях среднего класса, у некоторых диагностировалась очаговая патология, у других — диффузная «мягкая неврологическая симптоматика». Неврологические расстройства были связаны с показателем трудного темперамента, полученным в возрасте одного, двух и трех лет. Таким образом, самой ранней манифестацией слабого нейропсихического здоровья может быть трудный темперамент.

Трудный темперамент может трансформироваться в плохо контролируемое и открытое антисоциальное поведение через взаимодействия с социальным окружением, преимущественно через серию неудачных первых столкновений между ребенком и родителем. Чтобы объяснить это, Moffitt использует понятие вызывающих воспоминания *(evocative)* взаимодействий личности со своим окружением (Caspi & Bern, 1990), заметные тогда, когда поведение индивида обусловливает характерные реакции со стороны окружения, которые могут служить подкреплением первоначального поведения. Дети, с которыми трудно справляться, вызывают типичные реакции у родителей, включающие суровое и непоследовательное воспитание (Lytton, 1990), ослабление попыток родителей социализировать ребенка (Buss, 1981; Maccoby & Jacklin, 1983), а также возрастающее попустительство в отношении дальнейшей агрессии (Olweus, 1980). Все эти реакции чаще усиливают, а не уменьшают имеющиеся у ребенка склонности. Например, Henry и коллеги (1996) обнаружили, что трудный темперамент в детстве, взаимодействуя с непоследовательным воспитанием, приводил детей к судимости в ранний период взрослости.

Patterson и коллеги (например, Patterson, 1982; Patterson *et al.*, 1991) детально описали возможные подкрепляющие эффекты поведения родителей, вызванного проступками детей. Микроанализ взаимодействий показал, что протестное (оппозиционное) поведение детей (например, приступы гнева) часто провоцирует и вынуждает членов семьи противостоять ему, используя суровое наказание и гневные реакции. Если же ребенок продолжает в том же духе, даже усиливая свое отвратительное поведение, родители в конечном итоге сдаются, уступая требованиям ребенка и еще больше подкрепляя подобное поведение. Moffitt предполагает, что такой навязанный стиль взаимодействия с родителями может генерализоваться; другими словами, стиль, усвоенный при общении с родителями, может стать доминирующим и за пределами стен родительского дома. Patterson (1986) приводит данные о том, что дети, принуждающие одного члена семьи, вероятно, будут аналогичным образом взаимодействовать и с другими членами семьи.

Эти трудные дети поставили бы в тупик даже самых талантливых и находчивых родителей. К сожалению, такие дети распределяются по семьям не случайным образом; некоторые возможные источники нейропсихических нарушений связаны с действиями, поведением и характеристиками родителей (например, злоупотребление психоактивными веществами, недостаточное питание до и после родов, отсутствие стимуляции/любви к ребенку, жестокое физическое обращение и заброшенность ребенка, а также наследственная передача импульсивности и раздражительности). Таким образом, наиболее трудные дети рождаются у родителей, которые наименее способны противостоять провоцирующему давлению и социализировать детей.

Как только ребенок начинает свой антисоциальный путь, он продолжает идти по нему из-за двух типов «последствий в течение жизни»: текущих и кумулятивных. Текущая непрерывность (преемственность) возникает тогда, когда индивид приносит в дальнейшие стадии своей жизни те же характерные черты, которые ранее приводили к неприятностям. У ребенка с низким уровнем контроля могут возникать вспышки гнева и агрессия по отношению к сверстникам, приводящие к неприятию с их стороны и к враждебным отношениям со сверстниками в целом. Такие же вспышки гнева в период взрослости могут вызывать отчуждение у работодателей, сослуживцев и близких друзей, что приводит к неспособности сохранить работу или определенные взаимоотношения. Точно так же реагирование сразу в момент возникновения раздражителя, без обдумывания, приводит к трудностям в течение всей жизни. Кумулятивная непрерывность проявляется тогда, когда раннее поведение структурирует будущие последствия и возможности и начинает создавать эффект «снежного кома», удерживающий индивида на этом неудачно начатом пути. Например, недостаточно сдержанный ребенок, бросивший школу, может быть ограничен выполнением только низкооплачиваемых видов труда, вызывающих фрустрацию и чрезмерный стресс; результирующая фрустрации и стресса затем может способствовать непрерывному участию индивида в преступной деятельности (Caspi *et al.*, 1987). Moffitt определяет два особых источника кумулятивной непрерывности: 1) формирование ограниченного репертуара поведения; 2) попадание в ловушку из-за последующих антисоциальных поступков. Антисоциальные и недостаточно сдержанные дети лишаются благоприятного шанса усваивать и практиковать другие формы просоциального поведения. Кроме того, они чаще принимают неправильные решения, которые снижают вероятность последующего успеха; к примеру, материнство (отцовство) в юном возрасте, пристрастие к наркотикам, приводы в полицию, нестабильная работа закрывают доступ к легитимным возможностям.

Хотя теория Moffitt сосредоточена на широкомасштабных механизмах развития на поведенческом уровне, мы считаем, что следует также рассматривать развитие определенных систем головного мозга. Schore (1996) описал, как происходит созревание регуляторных систем орбитальной префронтальной коры в течение первых двух лет жизни. Наиболее важно то, что Schore утверждает, что это созревание зависит от пережитого опыта. Точнее, автор полагает, что периоды интенсивного стресса в течение первых двух лет жизни приводят к структурной и функциональной недостаточности систем лобных долей, регулирующих эмоции. Эта гипотеза особенно интересна в свете ранее описанных данных о роли нарушения функционирования лобных долей в этиологии антисоциального поведения. Если ребенок воспитывается в дезорганизованном доме, где опекающий ребенка человек равнодушен к его психотравмирующим переживаниям, у такого ребенка после первых двух лет жизни может развиться дефицит саморегуляции, что создает риск возникновения антисоциального поведения. В таком случае риск может быть двойным: риск вследствие недостаточного функционирования лобных долей будет накладываться на риск, обусловленный воспитанием в дезорганизованном домашнем окружении.

Происходит накопление доказательств в пользу таксономии Moffitt и ее системы развития. Jeglum-Bartusch и коллеги (1997) идентифицировали два латентных фактора, лежащих в основе антисоциального поведения, начиная с детства до старшего подросткового возраста. Первый фактор, связанный с ранним возникновением антисоциального поведения (возраст пять, семь, девять и 11 лет), наиболее строго коррелировал со

сниженной речевой способностью, гиперактивностью и негативным/импульсивным типом личности. С другой стороны, второй фактор, связанный с подростковой делинквентностью (возраст 13 и 15 лет), имел наиболее строгую корреляцию с делинквентностью сверстников. Данные сведения повторялись при параллельных оценках индивидов ими же самими, родителями и учителями.

Moffitt и коллеги (1996) поддержали теорию развития. Используя сообщения родителей, учителей и испытуемых об антисоциальном поведении в возрасте от пяти до 18 лет, авторы составили и проверили возрастные корреляты пяти групп мальчиков: устойчивые в течение жизни, воздерживающиеся, выздоровевшие и неклассифицируемые. Мальчики с устойчивым в течение жизни и с ограниченным подростковым периодом антисоциального поведения отличались от других групп по ряду показателей, причем по нескольким теоретически значимым показателям. Например, мальчиков в возрасте трех и пяти лет с устойчивым в течение жизни антисоциальным поведением по сравнению с мальчиками, у которых эта форма поведения ограничивалась подростковым периодом, наблюдатели оценивали как более эмоционально лабильных, беспокойных, негативных, своенравных, грубых в игре, плохо концентрирующих внимание; короче, у первых чаще проявлялись признаки трудного темперамента в раннем детстве. В соответствии с теорией Moffitt, хотя и те, и другие мальчики не различались в целом по делинквентности в течение подросткового периода, у мальчиков с устойчивым на протяжении жизни антисоциальным поведением вероятность осуждения за насильственные преступления к 18 годам была выше; 25% этих мальчиков были осуждены за совершение жестоких преступлений по сравнению с 8% мальчиков, у которых эта форма поведения ограничивалась подростковым периодом. Первые также характеризовали себя «психопатичными» личностями; они описывали себя как импульсивных, не соблюдающих условности, готовых пользоваться преимуществом над другими, подозрительных и жестоких. Наконец, мальчики с устойчивым в течение жизни антисоциальным поведением обычно попадали в «ловушки» чаще, чем другие мальчики; нередко они сообщали о чувстве отдаленности от своих семей и чаще бросали школу.

Гендерные различия

В любой оценке расстройств поведения следует учитывать вопрос гендерных различий. В DSM–IV (American Psychiatric Association) указано, что распространенность расстройства поведения у индивидов мужского пола в два-три раза выше, чем женского. Если учитывать только случаи расстройства поведения с ранним началом, то расхождение увеличивается и становится еще больше, если добавить группу индивидов с антисоциальным поведением и сопутствующим синдромом ГИВ. Гендерные различия распространяются и на делинквентность (Farrington, 1987); независимо от того, оценивается делинквентное поведение по материалам судов, полиции или по самоотчетам, его распространенность и степень выраженности выше среди индивидов мужского пола, чем женского. Такие гендерные различия обнаружены как у белого, так и у черного населения и наиболее выражены при более серьезных правонарушениях.

Описанная выше теория развития дает непосредственную оценку гендерных различий при расстройстве поведения. Эта оценка предполагает, что нейропсихические нарушения способствуют развитию антисоциального поведении в одинаковой степени

как у мальчиков, так и у девочек, но далее разъясняется, что мальчики имеют больший риск возникновения расстройства поведения, так как у них выше риск возникновения нейропсихических нарушений. Хотя мы не выявили никаких исследований, касающихся именно изучения функций самоконтроля, существуют убедительные доказательства повышенного риска родовых осложнений и множества расстройств нервной системы, связанных с развитием, у индивидов мужского пола, включая задержку психического развития, аутизм и нарушенные способности к научению (Raz *et al.*, 1994). Получены также данные о большей пластичности в развитии индивидов женского пола, кроме того, в общем у них лучше идет процесс восстановления после мозгового инсульта (Witelson, 1977). Raz и коллеги (1995) изучали когнитивное развитие группы детей, перенесших внутричерепные кровоизлияния в сочетании с преждевременным рождением. В возрасте четырех лет показатели интеллекта у девочек были значительно выше, чем у мальчиков. Обследовав группу взрослых лиц, перенесших нейрохирургические вмешательства, Lansdell (1989) установил, что показатели восстановления когнитивной способности были выше у женщин, чем у мужчин. Эти результаты свидетельствуют о том, что повышенный риск стойких нейропсихических нарушений у мужчин может обусловливать возрастание частоты расстройств поведения. К сожалению, не проводилась непосредственная проверка по этому поводу, отчасти потому, что исследований по изучению связи нейропсихических нарушений с антисоциальным поведением у лиц женского пола фактически не существует.

Второе объяснение различий, связанных с половой принадлежностью, не только в развитии, оно также касается различий социализации лиц мужского и женского пола. К примеру, сторонники теории власти и контроля (Hagan *et al.*, 1985) пытаются объяснить гендерные различия в делинквентности, утверждая, что на девочек оказывается большее давление, чтобы они подчинялись социальным нормам, чем на мальчиков. Согласно этой точке зрения лица мужского пола имеют «свободу отклоняться от нормы» — т. е. им позволяется больше, чем женщинам, демонстрировать недостаточно контролируемое поведение. Таким образом, когда индивид мужского пола вовлекается в антисоциальное поведение, родители и учителя оказывают на него меньшее социальное давление для сдерживания такого поведения. Однако недостаточно контролируемое поведение лиц женского пола обычно вызывает в ответ сильное стремление видоизменить его. Недавно Keenan и Shaw (1997) также утверждали, что социальные факторы и различия в развитии мальчиков и девочек (биологические, речевые, социальные и эмоциональные) все вместе влияют на течение ранних нарушений поведения. Эти авторы полагают, что ранние нарушения поведения у мальчиков и девочек почти не различаются; однако с течением времени различия в развитии и факторы социального влияния способствуют либо улучшению поведения девочек, либо формируют нарушения поведения в менее агрессивные формы.

Дальнейшие пути исследований

Исследования разносторонне представили последовательную картину связей между функционированием нервной системы и нарушениями поведения. Был заложен теоретический фундамент для понимания этих связей. Но данная область не лишена труд-

ностей, и существуют четкие направления для дальнейших исследований, в частности устранение существующих недостатков эмпирических данных, приведенных в литературе. Другие требуют расширения существующих теоретических и эмпирических работ в новых направлениях. Мы рассмотрим оба направления начиная с того, как устранить существующие на данный момент методические недостатки.

Выборочные совокупности

Во-первых, основная трудность при интерпретации результатов исследований нарушений поведения — сформировать гомогенные выборки. По-видимому, индивиды, которым ставят диагноз расстройства поведения, составляют очень гетерогенную группу, и во многих предыдущих исследованиях использовались удобные для изучения выборки с неизвестными характеристиками. В ранее проводившихся исследованиях собирали вместе разных детей с нарушениями поведения; особенно это касается изучения правонарушителей-подростков. Выборки включали детей, начавших совершать нарушения в раннем детстве, и детей, которые не совершали нарушений до наступления подросткового периода; в подростковом возрасте нелегко разграничить эти типы правонарушителей (см. Moffitt *et al.*, 1996). Тем не менее эти два типа правонарушителей-подростков имеют различную траекторию развития и разные профили личности; нейропсихический дефицит, по-видимому, более характерен для тех, кто начал совершать правонарушения в раннем детстве. Объединение вместе этих двух типов делинквентов приводит к тому, что существенное различие между ними (между начавшими совершать нарушения в раннем детстве и контрольной группой) кажется меньшим (различия между правонарушителями-подростками и контрольной группой).

Во многих предыдущих исследованиях не только не были учтены различия между индивидами с ранним и поздним началом делинквентного поведения, но и не удалось разграничить мальчиков с расстройством поведения и сопутствующими симптомами ГИВ, и мальчиков без признаков ГИВ. Гиперактивность, импульсивность, невнимательность и расстройство поведения сосуществуют в 30–50% случаев как в эпидемиологических (Anderson *et al.*, 1987; Szatmari *et al.*, 1989), так и в клинических выборках (Biederman *et al.*, 1987; Loney, 1987). Неспособность оценить симптомы ГИВ может быть особенно проблемным недостатком по ряду причин. Во-первых, поскольку в нескольких клинических исследованиях было выявлено, что дети с синдромом ГИВ имеют нарушения по ряду показателей нейропсихологических тестов по оценке исполнительной функции (самоконтроля) (Carte *et al.*, 1996), возможно, что связь между расстройством поведения и нейропсихическими нарушениями иллюзорна. Проведенных исследований недостаточно для того, чтобы наглядно продемонстрировать эту возможность, потому что во всех этих исследованиях по изучению симптомов ГИВ не вносилась статистическая поправка на сопутствующие нарушения поведения. Таким образом, в равной степени вероятно то, что связь между нейропсихическими проблемами и ГИВ иллюзорна.

В нескольких исследованиях изучали детей с синдромом ГИВ, с расстройством поведения и с их сочетанием. Эти исследования выявили вторую проблему, связанную с невозможностью учитывать частичное совпадение симптомов ГИВ и расстройства поведения: участники группы с обоими типами патологии имеют наиболее выраженные нейропсихические нарушения. Фактически результаты двух исследований свиде-

тельствуют о том, что нейропсихические нарушения однозначно определяются в коморбидной группе (в которой присутствовали оба расстройства). Как упоминалось, Moffitt и Henry (1989) обследовали функционирование лобных долей в четырех группах детей в Новой Зеландии: ГИВ / расстройство поведения, только расстройство поведения, только ГИВ и контрольная группа, у участников которой не было ни ГИВ, ни расстройства поведения. Они выявили, что недостаточный самоконтроль однозначно определялся в группах с ГИВ и сопутствующим расстройством поведения. Позднее Lynam изучал (1998) детей из Питтсбургского исследования юношей; он также показал, что в коморбидной группе, по сравнению с группами только с расстройством поведения, только с ГИВ и с группой без ГИВ и расстройства поведения, однозначно определялись нарушения по четырем показателям исполнительного функционирования (самоконтроля). Возможно, что нарушения, по данным сообщений связанные с синдромом ГИВ и расстройством поведения, в действительности ассоциируются с сопутствующими расстройствами. Поскольку в группе индивидов с коморбидными расстройствами оказываются лица с явно наиболее выраженными проявлениями антисоциального поведения (см. Lynam, 1996), не учитывать коморбидность ГИВ и расстройства поведения — значит недооценивать реальную связь между нейропсихическими нарушениями и выраженным антисоциальным поведением.

Контроль переменных и контрольные группы

Вторая серия методологических ограничений в этой сфере касается вопроса приравнивания контрольных групп по одной или по нескольким переменным и по характеру этих групп. В некоторых исследованиях последовательно не производили подбор пар участников контрольных и экспериментальных групп по переменным, которые в известной степени влияют на выполнение нейропсихологических заданий (например, раса, возраст и употребление психоактивных веществ в прошлом). С другой стороны, в некоторых исследованиях вносят поправки на переменные, что, возможно, излишне. Например, некоторые авторы включили образование в перечень переменных, которые следует контролировать (Hare, 1984; Hart *et al.*, 1990). Исключение из числа обследуемых тех, кто не достиг определенного уровня образования, может привести к двум проблемам: во-первых, могут быть исключены испытуемые с нейропсихическими нарушениями, как следствие, вместе с водой будет выплеснут и ребенок; во-вторых, это может привести к подбору нерепрезентативной выборки заключенных и не позволит обобщать полученные результаты. Требование, чтобы испытуемые имели минимальные навыки чтения, может давать те же вмешивающиеся эффекты, что и требование наличия минимального уровня образования.

Наконец, многие исследователи не включали информативные контрольные группы. Некоторые сравнивали преступников с непреступниками, тогда как другие — один тип преступников (например, совершивших преступления на сексуальной почве) с другим (например, совершивших имущественные преступления). Хотя можно строить выводы на любой из этих контрольных групп в зависимости от гипотезы конкретного исследования, включение обеих групп еще больше углубит наши знания о связи между нейропсихическим функционированием и антисоциальным поведением.

Задания

Третье методологическое ограничение касается характера заданий, используемых для оценки нейропсихических нарушений. Хотя показатели нейропсихического функционирования по тестам действия чувствительны к явным дефицитарным нарушениям, многие не обладают чувствительностью, необходимой для более точного определения характера этих нарушений. Однако есть несколько обнадеживающих исключений; как Self-Ordered Pointing task, так и Conditional Association Task представляют собой усовершенствованные методы измерения показателей исполнения. Кроме того, недавно разработанные техники нейровизуализации позволили сравнить их данные с результатами исследований, в которых оценивалось выполнение нейропсихологических тестов. Это будет способствовать конструктной валидизации этих показателей исполнения и поможет соотнести показатели (в баллах) тестов с конкретными зонами и системами головного мозга. Ясно, что разговоры о связи антисоциального поведения с «дисфункцией лобных долей» в лучшем случае представляют грубое описание явления. Использование и тестов действия, и нейровизуальных методов поможет приобрести более точные, детализированные знания об этой связи.

Помимо этого, во многих исследованиях применяли крупную батарею нейропсихологических тестов у небольшого количества испытуемых, а затем продолжали сравнивать группы по показателям множества отдельных тестов. Такая процедура проблематична по нескольким причинам. Во-первых, многочисленные сравнения значительно повышают вероятность образования по крайней мере одной ошибки первого рода — ошибочно отвергнуть нулевую гипотезу об отсутствии различия. Во-вторых, незначительное количество испытуемых уменьшает мощность отдельных сравнений и повышает вероятность образования ошибки второго рода — не отвергать нулевую гипотезу об отсутствии различия между группами, когда различие существует. Наконец, поскольку многие нейропсихологические тесты разработаны как «тесты клинических признаков» для отграничения последствий тяжелых мозговых травм или повреждений от нормального функционирования мозга, чувствительность этих инструментов может быть ограниченной; другими словами, они могут быть ненадежными показателями полного спектра индивидуальных различий нейропсихического функционирования. Такая нечувствительность снизит мощность выявления едва различимых эффектов. Эти проблемы могут быть преодолены путем включения большего количества испытуемых, использования более надежных и чувствительных способов измерения, а также объединения данных нескольких показателей в общую теоретическую или эмпирическую совокупность.

Проспективные исследования

Наконец, большинство рассмотренных нами исследований были перекрестными и фокусировались либо на подростках, либо на взрослых. Проспективные исследования детей с расстройством поведения или ГИВ помогли бы больше прояснить роль этих нарушений деятельности головного мозга в возникновении антисоциального поведения. Также некоторые исследования выявили связь между антисоциальным поведением и такими детскими характеристиками, как проблемы перинатального периода (Kandel & Mednick, 1991; Raine *et al.*, 1994*a*) и трудный темперамент маленьких детей, которые

начинают учиться ходить (Henry *et al.*, 1996; Tremblay *et al.*, 1994). Проспективные исследования также обеспечат недостающую информацию о специфических детских характеристиках, которые связаны с определенными нейропсихическими нарушениями. Исследования детей младшего возраста помогут выяснить нейропсихические корреляты темперамента, возможно, таким образом позволив установить связь между этими различными сферами.

Развитие теорий

Необходимо также рассмотреть и теоретические направления. Они включают более направленную проверку теорий, создание большего количества теорий относительно задействованных специфических мозговых механизмов и изучение оставшихся открытыми вопросов. Почти нет сомнений в том, что существует корреляция между слабым нейропсихическим здоровьем и антисоциальным поведением; также кажется вполне вероятным, что причинная связь имеет направление от нарушенной деятельности головного мозга к антисоциальному поведению. И хотя разработано множество теорий, мы мало знаем о том, каким образом нейропсихические нарушения вызывают определенные эффекты. Влияют ли они непосредственно через недостаточный самоконтроль и/или опосредованно через плохую успеваемость в школе? Какова природа ближайших и отдаленных связей? Мы советуем исследователям двигаться от простого документирования связей к проверке теоретических формулировок. Такая проверка теорий должна включать как ближайшие, так и отдаленные механизмы. В идеале для скорейшего продвижения в этих исследованиях будут прибегать к строгим умозаключениям и проводить проверку различных формулировок в сравнении друг с другом.

Также нужно большее количество конкретных теорий о влиянии нейропсихических нарушений на поведение. Это значит, что исследователи, изучающие расстройства поведения, должны уделять внимание исследованиям в области нейропсихологии. К примеру, Petrides (1995) предложил двухуровневую модель вовлеченности срединно-латеральных отделов лобной коры мозга в процесс памяти. Точнее, он утверждает, что срединно-дорсальные отделы лобной коры ответственны за активный мониторинг рабочей памяти; этот процесс включает мониторинг и манипулирование несколькими видами информации в зависимости от требуемых на данный момент планов индивида. С другой стороны, вентролатеральные отделы лобной коры ответственны за стратегическое кодирование и поиск специфической информации, сохраняемой в долговременной памяти; таким образом, это важно для отбора, сравнения и принятия решений в отношении хранящейся в кратковременной и долговременной памяти информации. Возможно, антисоциальным личностям с нейропсихическими нарушениями трудно удерживать долгосрочные цели в рабочей памяти, поэтому им сложнее сравнивать свои текущие действия с долгосрочными целями — процесс, необходимый для адекватной саморегуляции. Выяснив характер специфических дефицитов и их влияние на когнитивное функционирование и поведение, мы могли бы лучше понять и предотвратить антисоциальное поведение. Описанная Lau и соавторами (1995) теория представляет собой хорошее начало движения в данном направлении.

Для указанной выше цели мы кратко упоминаем недавно представленную Barkley (1997) модель торможения и исполнительного функционирования (самоконтроля). Как средство понимания нарушения, лежащего в основе синдрома ГИВ у детей, модель

Barkley является гибридом теории Bronowski (1997) об уникальности человеческого языка и теории Fuster (1989) о функционировании префронтальных отделов коры головного мозга. Теория связывает торможение поведения с выполнением четырех функций самоконтроля, которые подчиняют двигательный контроль, плавность речи, а также синтаксис внутренне представленной информации. Другими словами, эта теория должна объяснить, как управление поведением может переместиться с контроля, осуществляемого исключительно внешним окружением, к контролю посредством внутренних представлений. Торможение поведения имеет отношение к торможению доминирующей реакции, задерживая немедленную ответную реакцию, позволяя тем самым отстрочить решение реагировать, а также (или) к контролю взаимного влияния. Как только происходит торможение поведения, появляется возможность выполнить любую из четырех функций самоконтроля, к которым относятся: рабочая память (удержание в уме событий и манипулирование информацией); саморегуляция аффекта, мотивации и возбуждения; интернализация речи (например, обозначение, обдумывание и решение проблемы); реорганизация информации (например, анализ и синтез). Barkley описал потенциальные проблемы, возникающие из-за недостатков в каждой фазе его модели. Хотя он старался применять свою модель именно к детям с ГИВ, она достаточно общая и применима к широкому разнообразию проблем. Мы обсуждаем эту теорию, поскольку считаем, что она представляет собой шаг вперед и может использоваться для организации исследования по изучению связи между нейропсихическими нарушениями и антисоциальным поведением.

Возможно, следует критически обдумать связь между специфическими дисфункциями и специфическими типами антисоциального поведения. Например, выполнив обзор нескольких исследований с использованием нейровизуальных методов, Raine (1993) предположил, что дисфункция лобных долей может быть характерной для лиц, совершающих насильственные преступления, а дисфункция височных долей — для лиц, совершающих сексуальные преступления. Возможны даже существенные различия внутри одной и той же области головного мозга. По мнению Raine и Venables (1992), необходимо внимательно анализировать характер недостаточного функционирования лобных долей, которое может быть связано с антисоциальным поведением. Вместо того чтобы ссылаться на общую дисфункцию лобной коры, эти авторы утверждали, что место дефицитарных нарушений в лобной коре предопределяло характер развивавшейся психопатологии. Выдвигалась гипотеза о связи психопатического поведения с нарушением функции лобно-орбитальной зоны; с другой стороны, высказывалось предположение о том, что дисфункция в дорсолатеральной зоне ассоциировалась с шизотипическим поведением. Предполагалось, что у индивидов с дисфункцией обеих зон возникают оба типа психопатологическлй симптоматики, таким образом, появляются шизотипические психопаты. Сведения о том, что агрессивность имеет отношение к выполнению задания CAT, позволяющего проверить функционирование задней дорсолатеральной области лобных долей, и не соотносится с выполнением задания SOP, оценивающего функцию средней дорсолатеральной зоны (Giancola & Zeichner, 1994; Lau & Pihl, 1994), вызывают интерес у исследователей, хотя и требуют повторной проверки.

Итак, мы провели обзор данных, которые свидетельствуют о связи нарушенной речевой функции и/или функции самоконтроля с серьезными нарушениями поведения. Связь нарушений деятельности головного мозга и нарушений поведения была доста-

точно устойчивой в разных выборках и особенно сильной в подгруппах с очень выраженными антисоциальными проявлениями и выдержала консервативный контроль возможных третьих независимых переменных. Хотя мы верим, что полученные данные свидетельствуют о том, что недостаточность нейропсихического функционирования приводит к серьезным нарушениям поведения, этот вывод нельзя сделать однозначно. Необходимы дальнейшие проспективные исследования для изучения этой точки зрения. Мы проанализировали разнообразные теоретические объяснения этой связи. Особенно детально было рассмотрено предложенное Moffitt (1993) объяснение динамики развития, поскольку оно дало многое, чтобы рекомендовать его в качестве теоретической основы для дальнейших исследований. В соответствии с этой теорией нейропсихические нарушения влияют не только непосредственно, но и опосредованно через нарушение социализации, ослабление привязанности, уменьшение возможностей для изменений, прикрепление к индивиду вредных ярлыков. Однако проверка теории только началась и предстоит еще много работы. Важно то, что теория задает не только направление новым исследованиям, но и дает указания в отношении профилактики и вмешательств. Большое значение этой теории заключается в том, что профилактика и вмешательства приводят не только к сокращению количества случаев нейропсихических нарушений, но и уменьшают некоторые их последствия для социального функционирования и межличностных отношений.

ЛИТЕРАТУРА

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM–IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM–III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry, 44,* 69–76.

Aronowitz, B., Liebowitz, M.R., Hollander, E., Fazzini, E., *et al.* (1994). Neuropsychiatric and neuropsychological findings in conduct disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences, 6,* 245–9.

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121,* 65–94.

Berman, A. & Siegal, A.W. (1976). Adaptive and learning skills in juvenile delinquents: a neuropsychological analysis. *Journal of Learning Disabilities, 9,* 51–8.

Biederman, J., Munir, K. & Knee, D. (1987). Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: a controlled family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 724–7.

Blumer, D. & Benson, D.F. (1975). Personality changes with frontal and temporal lobe lesions. In D.F. Benson & D. Blumer (Eds.), *Psychiatric Aspects ofNeurologic Disease* (pp. 151–70). New York: Grune and Stratton.

Brickman, A.S., McManus, M.M., Grapentine, W.L. & Alessi, N. (1984). Neuropsychological assessment of seriously delinquent adolescents, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 453–7.

Bronowski, J. (1977). Human and animal languages. In J. Bronowski (Ed.), *A Sense of the Future* (pp. 104–131). Cambridge, MA: MIT Press.

Buss, D.M. (1981). Predicting parent-child interactions from children's activity level. *Developmental Psychology, 17,* 59–65.

Carte, E.G., Nigg, J.T. & Hinshaw, S.P. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 481–98.

Caspi, A. & Bem, D. (1990). Personality continuity and change across the life course. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 549–75). New York: Guilford Press.

Caspi, A., Elder, G.H. & Bem, D.J. (1987). Moving against the world: life-course patterns of explosive children. *Developmental Psychology, 23,* 308–13.

Cloward, R.A. & Ohlin, L.E. (1960). *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs.* New York: Free Press.

Denno, D.J. (1989). *Biology, Crime and Violence: New Evidence.* Cambridge: Cambridge University Press.

Denno, D.W. (1990). *Biology and Violence: From Birth to Adulthood.* Cambridge: Cambridge University Press.

Dodge, K.A., Petit, G.S., McClaskey, C.L. &: Brown, M.M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 51* (2, Serial 213).

Elliott, F.A. (1978). Neurological aspects of antisocial behavior. In W.H. Reid (Ed.), *The Psychopath* (pp. 146–89). New York: Bruner/Mazel.

Elliott, F.A. (1992). Violence: The neurologic contribution. *Archives of Neurology, 49,* 595–603.

Eysenck, H.J. (1977). *Crime and Personality.* London: Routledge &: Kegan Paul.

Farrington, D.P. (1987). Epidemiology. In H.C. Quay (Ed.), *Handbook of Juvenile Delinquency* (pp. 33–61). New York: John Wiley & Sons.

Farrington, D.P. & Hawkins (1991). Predicting participation, early onset, and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health, 1,* 1–33.

Fergusson, D., Lynskey & Horwood (1996). Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 533–53.

Frost, L.A., Moffitt, T.E. & McGee, R. (1989). Neuropsychological function and psychopathology in an unselected cohort of young adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 307–13.

Fuster, J.M. (1989). *The Prefrontal Cortex.* New York: Raven Press.

Giancola, P. & Zeichner, A. (1994). Neuropsychological performance on tests of frontal-lobe functioning and aggressive behavior in men. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 832–5.

Gorenstein, E.E. (1982). Frontal lobe functions in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 368–79.

Gorenstein, E.E. & Newman, J.P. (1980). Disinhibitory psychopathology: a new perspective and a model for research. *Psychological Review, 87,* 301–15.

Goyer, P., Andreasen, P., Semple, W., *et al.* (1994). Positron-emission tomography and personality disorders. *Neuropsychopharmacology, 10,* 21–8.

Hagan, J., Gillis, A.R. & Simpson, J. (1985). The class structure of gender and delinquency: toward a power-control theory of common delinquent behavior. *American Journal of Sociology, 90,* 1151–78.

Hare, R.D. (1984). Performance of psychopaths on cognitive tasks related to frontal lobe function. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 133–40.

Hart, S.D., Forth, A.H. & Hare, R.D. (1990). Performance of criminal psychopaths on selected neuropsychological tests. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 374–9.

Hendricks, S., Fitzpatrick, D., Hartman, K., *et al.* (1988). Brain structure and function in sexual molesters of children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry, 49,* 108–12.

Henry, B., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1996). Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: from age 3 to age 18. *Developmental Psychology, 32,* 614–23.

Henry, B. & Moffitt, T.E. (1997). Neuropsychological and neuroimaging studies of juvenile delinquency and adult criminal behavior. In D. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 280–8). New York: John Wiley & Sons.

Hertzig, M. (1983). Temperament and neurological status. In M. Rutter (Ed.) *Developmental Neuropsychiatry* (pp. 164–80). New York: Guilford Press.

Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency.* Berkeley, CA: University of California Press.

Hucker, S., Langevin, R., Wortzman, G., *et al.* (1986). Neuropsychological impairment in pedophiles. *Canadian Journal of Behavioral Science, 18,* 440–8.

Hucker, S., Langevin, R., Wortzman, G., *et al.* (1988). Cerebral damage and dysfunction in sexually aggressive men. *Annals of Sex Research, 1,* 33–47.

Hurwitz, I., Bibace, R.M.A., Wolff, P.H. & Rowbotham, B.M. (1972). Neurological function of normal boys, delinquent boys, and boys with learning problems. *Perceptual and Motor Skills, 35,* 387–94.

Jeglum-Bartusch, D., Lynam, D.R., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1997). Is age important: testing general versus developmental theories of antisocial behavior. *Criminoiogy, 35,* 13–48.

Kandel, E. & Mednick, S.A. (1991). Perinatal complications predict violent offending. *Criminology, 29,* 519–30.

Karniski, W.M., Levine, M.D., Clarke, S., Palfrey, J.S. & Meltzer, LJ. (1982). A study of neurodevelopmental findings in early adolescent delinquents. *Journal of Adolescent Health Care, 3,* 151–9.

Keenan, K. & Shaw, D. (1997) Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin, 121,* 95–113.

Lahey, B.B., Loeber, R., Hart, E.L., *et al.* (1995). Four-year longitudmal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 83–93.

Langevin, R., Ben-Aron, M., Wortzman, G., Dickey, R. & Handy, L. (1987). Brain damage, diagnosis, and substance abuse among violent offenders. *Behavioral Sciences and the Law, 5,* 77–94.

Langevin, R., Lang, R., Wortzman, G., Frenzel, R. & Wright, P. (1989a). An examination of brain damage and dysfunction in genital exhibitionists. *Annals of Sex Research, 2,* 77–87.

Langevin, R., Wortzman, G., Dickey, R., Wright, P. & Handy, L. (1988). Neuropsychological impairment in incest offenders. *Annals of Sex Research, 1,* 401–15.

Langevin, R., Wortzman, G., Wright, P. & Handy, L. (1989b). Studies of brain damage and dysfunction in sex offenders. *Annals of Sex Research, 2,* 163–79.

Lansdell, H. (1989). Sex differences in brain and personality correlates of the ability to identify popular word associations. *Behavioral Neuroscience, 103,* 893–7.

Lau, M.A. & Pihl, R.O. (1994). Alcohol and the Taylor aggression paradigm: a repeated measures study. *Journal of Studies on Alcohol, 55,* 701–6.

Lau, M.A., Pihl, R.O. & Peterson, J.B. (1995). Provocation, acute alcohol intoxication, cognitive performance and aggression. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 150–5.

Lochman, J.E., Lampron, L.B. & Rabiner, D.L. (1989). Format and salience effects in the social problem-solving of aggressive and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 18,* 230–6.

Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use. evidence for developmental progressions. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology,* (Vol. 11, pp. 73–124). New York. Plenum Press.

Loney, J. (1987). Hyperactivity and aggression in the diagnosis of attention deficit disorder. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 10, pp. 99–135). New York: Plenum Press.

Lueger, R. & Gill, K. (1990). Frontal-lobe cognitive dysfunction in conduct disorder adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 46,* 696–706.

Luria, A.R. (1961). *The Role of Speech in the Regulation of Normal and Abnormal Behavior.* New York: Basic Books.

Luria, A.R. & Homskaya, E.D. (1964). Disturbance in the regulative role of speech with frontal lobe lesions. In J.M. Warren & K. Akert (Eds.), *The Frontal Granular Cortex and Behavior* (pp. 353–71). New York: McGraw Hill.

Lynam, D.R. (1996). The early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin, 120,* 209–34.

Lynam, D.R. (1998). Early identification of the fledgling psychopath: locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 566–75.

Lynam, D., Moffitt, T. & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: class, race, test motivation, school failure, or self-control? *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 187–96.

Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder. *Developmental Psychology, 36,* 683–97.

Maccoby, E.E. & Jacklin, C.N. (1983). The 'person' characteristics of children and the family as environment. In D. Magnusson & V L. Alien (Eds.), *Human Development: An Interactional Perspective* (pp. 75–92). San Diego, CA: Academic Press.

Miller, L.J., Burdg, N B. & Carpenter, D. (1980). Application of recategorized WISC-R scores of adjudicated adolescents. *Perceptual and Motor Skills, 51,* 187–91.

Moffitt, T.E. (1988). Neuropsychology and self-reported early delinquency in an unselected birth cohort: a preliminary report from New Zealand. In T.E. Moffitt & S.A. Mednick (Eds.), *Biological Contributions to Crime Causation* (pp. 93–120). Boston: Martinus Nijhoff Publishers.

Moffitt, T.E. (1990*a*). The neuropsychology of delinquency: a critical review of theory and research. In N. Morris & M. Tonry (Eds.), *Crime and Justice: An Annual Review of Research* (Vol. 12) (pp. 99–169). Chicago: University of Chicago Press

Moffitt, T.E. (1990*b*). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development, 61,* 893–910.

Moffitt, T.E. (1993) Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural histories from ages 3 to 18 years *Development and Psychopathology, 8,* 399–424.

Moffitt, T.E., Gabrielli, W.F. & Mednick, S.A. (1981). Socioeconomic status, IQ, and delinquency. *Journal of Abnormal Psychology, 90,* 152–6

Moffitt, T.E. & Henry, B. (1989). Neuropsychological assessment of executive functions in self-reported delinquents. *Development and Psychopathology, 1,* 105–18

Moffitt, T.E. & Henry, B. (1991). Neuropsychological studies of juvenile delinquency and violence: a review In J. Milner (Ed.), *The Neuropsychology of Aggression* (pp. 67–91). Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers.

Moffitt, T.E. & Lynam, D.R. (1994). The neuropsychology of conduct disorder and delinquency implications for understanding antisocial behavior. In D. Fowles, P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and Antisocial Personality: A Developmental Perspective* (pp. 233–62). Vol. 18 in the series, Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research. New York: Springer.

Moffitt, T.E., Lynam, D.R. & Silva, P.A. (1994). Neuropsychological tests predicting persistent male delinquency. *Criminology, 32,* 277–300.

Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1988d). IQ and delinquency: A direct test of the differential detection hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology. 97,* 330–3.

Moffitt, T E. & Silva, P.A (1988b). Neuropsychological deficit and self-reported delinquency in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 233–40.

Moffitt, T E. & Silva, P.A. (1988*c*). Self-reported delinquency, neuropsychological deficit, and history of attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 553–69.

Newman, J.P. (1987). Reaction to punishment in extroverts and psychopaths. Implications for the impulsive behavior of disinhibited individuals. *Journal of Research in Personality, 21,* 464–80

Newman, J.P. &: Kosson, D.S. (1986). Passive avoidance learning in psychopathic and non-psychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 257–63.

Newman, J.P. & Wallace, J.P. (1993). Divergent pathways to deficient self-regulation. implications for disinhibitory psychopathology in children. *Clinical Psychology Review, 13,* 699–720

Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive-behavior in adolescent boys: a causal analysis. *Developmental Psychology, 16,* 644–60.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41,* 432–A4.

Patterson, G.R., Capaldi, D. & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 139–68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Patterson, M.C. & Newman, J.P. (1993). Reflectivity and learning from aversive events: toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review, 100,* 76–736.

Petrides, M. (1985). Deficits on conditional associative-learning tasks after frontal- and temporal-lobe lesions in man. *Neuropsychologia, 23,* 601–14.

Petrides, M. (1995). Functional organization of the human frontal cortex for mnemonic processing: evidence from neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 769, 85–96.

Petrides, M., Alivisatos, B., Evans, A. & Meyer, E. (1993). Dissociation of human mid-dorsolateral frontal cortex in memory processing. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA, 90,* 873–7.

Petrides, M. & Milner, B. (1982). Deficits on subject-ordered tasks after frontal- and temporal-lobe lesions in man. *Neuropsychologia, 20,* 249–62.

Pontius, A.A. (1972). Neurological aspects in some type of delinquency, especially among juveniles: toward a neurological model of ethical action. *Adolescence, 7,* 289–308.

Prentice, N.M. & Kelly, F.J (1963) Intelligence and delinquency: a reconsideration. *Journal of Social Psychology, 60,* 327–37.

Quay, H.C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: a theoretical perspective. *Development and Psychopathology, 5,* 165–80.

Raine, A. (1988). Evoked potentials and antisocial behavior. In T. Moffitt & S. Mednick (Eds.), *Biological Contributions to Crime Causation* (pp. 14–39). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

Raine, A. (1993). *The Psychopathology of Crime: Criminal Behavior as a Clinical Disorder.* San Diego, CA: Academic Press.

Raine, A., Brennan, P. & Mednick, S.A. (1994a). Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years *Archives of General Psychiatry, 51,* 984–8.

Raine, A., Buschbaum, M., Stanley, J., Lottenberg, S., Abel, L. & Stoddard, J. (1994b). Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. Biological *Psychiatry, 36,* 365–73.

Raine, A. & Venables, P. (1992). Antisocial behavior: Evolution, genetics, neuropsychology, and psychophysiology. In A. Gale & M. Eysenck (Eds), *Handbook of Individual Differences: Biological Perspectives* (pp. 287–321). London· John Wiley & Sons.

Raz, S., Goldstein, R., Hopkins, T.L., Lauterbach, M D., *et al.* (1994). Sex differences in early vulnerability to cerebral injury and their neurodevelopmental implications *Psychobiology, 22,* 244–53

Raz, S., Lauterbach, M.D., Hopkins, T.L., Glogowski, B.K., *et al.* (1995). A female advantage in cognitive recovery from early cerebral insult. *Developmental Psychology, 31,* 958–66.

Reiss, A J. & Rhodes, A L. (1961). The distribution of juvenile delinquency in the social class structure. *American Sociological Review, 26,* 720–32.

Robins, L. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8,* 611–22

Rosenthal, R. & Rosnow, R L. (1991). *Essentials of Behavioral Research: Methods and Data Analysis* (2nd edn). New York: McGraw-Hill.

Rutter, M (Ed.) (1983). *Developmental Neuropsychiatry* New York, NY· Guilford Press.

Savitsky, J C & Czyzewski, D. (1978) The reaction of adolescent offenders and nonoffenders to nonverbal emotional displays *Journal of Abnormal Child Psychology, 6,* 89–96.

Schore, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psycho-pathology, 8,* 59–87

Seguin, J.R., Pihl, R.O., Harden, P W., Tremblay, R.E. & Boulerice, B. (1995). Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 614–24.

Shapiro, S., Quay, H., Hogan, A & Schwartz, K. (1988) Response perseveration and delayed responding in undersocialized aggressive conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 371–3

Short, J.F. & Strodtbeck, F.L. (1965). *Group Process and Gang Delinquency.* Chicago: University of Chicago Press.

Skoff, B.F. & Libon, J. (1987). Impaired executive functions in a sample of male juvenile delinquents. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 9,* 60.

Sobotowicz, W., Evans, J. R. & Laughlin, J (1987). Neuropsychological function and social support in delinquency and learning disability. *International Journal of Clinical Neuropsychology, 9,* 178–86.

Szatmari, P., Offord, D.R. & Boyle, M. (1989). Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 219–30.

Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and Development.* New York: Brunner/Mazel.

Tonkonogy, J (1991). Violence and temporal lobe lesion: head CT and MRI data. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 3,* 189–96.

Tremblay, R.E., Pihl, R.O., Vitaro, F. & Dobkin, P L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry, 51,* 732–9.

Volkow, N.D., Tancredi, L.R., Grant, C., Gillespie, H., *et al.* (1995). Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: a preliminary study *Psychiatry Research: Neuroimaging, 61,* 243–53.

Walsh, A., Petee, T.A. & Beyer, J.A. (1987). Intellectual imbalance and delinquency: comparing high verbal and high performance IQ delinquents. *Criminal Justice and Behavior, 14,* 370–9.

Wechsler, D. (1944). *The Measurement of Adult Intelligence,* 3rd edn Baltimore: Williams and Wilkins

Werry, J.S , Elkind, G.S & Reeves, J.C. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: III. Laboratory differences *Journal of Abnormal Child Psychology, 15,* 409–28.

West, D.J. & Farrington, D.P. (1973). *Who Becomes Delinquent?* London: Heineman Educational Books.

White, J., Moffitt, T.E., Caspi, A., *et al.* (1994). Measuring impulsivity and examining its relation to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 192–205.

White, J.L., Moffitt, T.E., Earls, F., Robins, L. & Silva, P.A. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology, 28,* 507–33.

White, J.L., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1989). A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 719–24.

Wilson, J.Q. & Herrnstein, R.J. (1985). *Crime and Human Nature.* New York: Simon & Schuster.

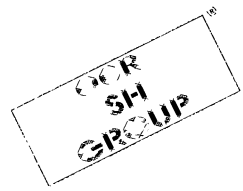
Witelson, S.F. (1977). Neural and cognitive correlates of developmental dyslexia: age and sex differences. In C. Shagass, S. Gershan & A.J. Priedhoff (Eds.), *Psychopathology and Brain Dysfunction* (pp 121–53). New York. Raven Press.

Wolff, P.H , Waber, D., Bauermeister, M., Cohen, C. & Ferber, R. (1982). The neuropsychological status of adolescent delinquent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 23,* 267–79.

Wolfgang, M.E., Figlio, R.M. & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a Birth Cohort.* Chicago: The University of Chicago Press.

Wright, P., Nobrega, J., Langevin, R & Wortzman, G. (1990). Brain density and symmetry in pedophilic and sexually aggressive offenders *Annals of Sex Research, 3,* 319–28.

Yeudall, L.T. (1980) A neuropsychological perspective of persistent juvenile delinquency and criminal behavior. *Annals of the New York Academy of Science, 347,* 349–55.



10

Модель подкрепления при нарушениях поведения у детей и подростков: достижения теории и практики

Jeff Kiesner, Thomas J. Dishion и François Poulin

Введение

В истории медицинской психологии и психиатрии трудные, причиняющие беспокойство дети в разные времена назывались по-разному. Составители таких систем классификации, как *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам* (DSM) и *Международная классификация болезней* (МКБ), пришли к общему мнению в отношении основных признаков и вариантов поведения, характерных для этих клинических синдромов, включая поведение, рассматриваемое взрослыми как оппозиционное, а специалистами в области психического здоровья как расстройство поведения. Типы поведения, представленные этой областью, в значительной степени гетерогенны и включают: а) неподчинение требованиям взрослых; б) вербальную или физическую агрессию по отношению к родным братьям и сестрам, сверстникам и взрослым; в) а также такие формы поведения, как лживость, воровство и нанесение ущерба чужой собственности.

С синдромальной точки зрения гетерогенность поведенческого и социального профилей трудных детей представляет собой теоретическую проблему. Теоретики прошлого в некоторой степени упорядочили клинические проявления, предложив типы нарушений поведения у детей. Например, были проведены различия между социализированными и несоциализированными нарушениями поведения (Quay, 1964), или скрытым и открытым поведением (Loeber, 1988), или — недавно — между активной (проактивной) и реактивной агрессией (Dodge & Coie, 1987; Poulin & Boivin, 2000).

Как мы увидим дальше, изучение этих различий играет важную роль в разработке модели и в понимании функциональных механизмов, лежащих в основе разнообразных форм нарушений поведения у детей и подростков (Dishion & Patterson, 1997). Однако с позиции модели подкрепления для того, чтобы описать широкое множество типов поведения, подпадающих под критерии диагностических систем DSM и МКБ, мы часто употребляем термин «антисоциальное поведение». Антисоциальное поведение

определено как поведение, воспринимаемое другими участниками социальных отношений как неприемлемое (см. также Patterson *et al.*, 1992). Несмотря на то, что для родителей, педагогов и сверстников особенно важны предполагаемые намерения детей, когда они реагируют на такое поведение, в нашем определении мы не акцентируем внимание на этом аспекте поведения.

Одним из неблагоприятных аспектов антисоциального поведения является его тенденция к устойчивости в разных условиях и при оценке разными информантами (Achenbach *et al.*, 1987; Bernal *et al.*, 1976; Charlesbois *et al.*, 1989; Loeber и Dishion, 1984; Patterson, 1986; Patterson *et al.*, 1984), а также стабильность по прошествии длительного времени (Loeber, 1982; Loeber & Dishion, 1983; Moore *et al.*, 1979; Olweus, 1979; Patterson *et al.*, 1991; Robins, 1966). Несмотря на то, что большинство ученых сосредоточились на изучении мальчиков, недавние исследования продемонстрировали также постоянство во времени антисоциального поведения и у девочек. Bardone и коллеги (1996) установили, что девочки с диагностированным в 15-летнем возрасте расстройством поведения демонстрировали значительно более высокий уровень нарушений адаптации в возрасте 21 года по сравнению с девочками без каких-либо психических расстройств в анамнезе.

Исследования показали, что у детей, вовлеченных в антисоциальные действия в очень раннем возрасте, наблюдается наихудший прогноз в отношении антисоциального и криминального поведения в зрелом возрасте. Изучение обвинительных приговоров по уголовным делам показывает, что начинающееся в детстве антисоциальное поведение остается стабильным на протяжении жизни и что самый высокий уровень рецидивизма наиболее вероятен у самых молодых правонарушителей (Farrington & West, 1993; Gendreau *et al.*, 1979; Koller & Gosden, 1984; Mandelzys, 1979).

Эта взаимосвязь между возрастом, в котором начинается антисоциальное поведение, и такими его аспектами, как стабильность и тяжесть, привела к формированию концепции двух путей развития антисоциального поведения в подростковом возрасте (Patterson, 1995; Patterson *et al.*, 1991; Patterson & Yoerger, 1997; Moffitt, 1993). Общепризнано, что молодые люди, начинающие совершать правонарушения в раннем возрасте, демонстрируют более глубокие проблемы, связанные с развитием, по таким критериям, как продолжительность антисоциального поведения, а также утрата социальных, учебных и других навыков, необходимых для адаптации во взрослой жизни (Patterson, 1982; Moffitt, 1993).

Круг общения и развитие

Patterson и коллеги (1992) предложили теорию, основанную на социальном подкреплении, в соответствии с которой раннее вступление на путь правонарушений связано с началом формирования антисоциального поведения в раннем детстве в результате процессов навязывания в семье (Dishion & Patterson, 1997; Patterson, 1996; Patterson *et al.*, 1991). Следствием опыта навязывания, получаемого детьми дома, является массивный дефицит социальных и учебных навыков. Следующая ступень — присоединение к группе делинквентных сверстников, которое приводит к позитивному подкреп-

лению еще более рискованного поведения со стороны сверстников с антисоциальным поведением. С другой стороны, позднее вступление на путь правонарушений — в возрасте около 15 лет — происходит обычно после разрушения модели эффективного управления семьей и осуществления родительского контроля. Присоединение к группе делинквентных сверстников открывает возможности для совершения антисоциальных действий и их подкрепления. Тем не менее к возрасту 15 лет подростки, поздно вступившие на путь правонарушений, уже обладают достаточными социальными и учебными навыками, способствующими воздержанию от антисоциального поведения (Simons *et al.*, 1996). Хотя рано и поздно вступившие на путь правонарушений находятся на разных траекториях развития с разным вероятным результатом, подкрепление играет ключевую роль для обеих групп. В настоящей главе концентрируется внимание на роли подкрепления для обеих траекторий развития.

В соответствии с теорией подкрепления ребенок научается антисоциальному поведению и реализует его на практике в своем социальном окружении. Отношения с родителями, с родными братьями и сестрами, со сверстниками и с учителями открывают детям благоприятные возможности для того, чтобы выучить и применить на практике просоциальные и антисоциальные формы поведения, хотя существует мнение, что специфические отношения, играющие доминирующую роль в социализации, меняются в течение жизни индивида. По-видимому, то, чему человек научается в пределах определенного окружения в определенный период развития, будет влиять на социальные взаимодействия в последующие периоды. Процесс формирования антисоциального поведения представляет адаптацию индивида к развивающимся отношениям.

Если рассматривать развитие антисоциального поведения как с клинической, так и с относящейся к развитию позиции, то родители в этом процессе занимают центральное положение. Они начинают процесс социализации на ранних этапах жизни ребенка, их роль в управлении его дальнейшими социальными взаимодействиями также остается важной, обусловливая последствия, проявляющиеся во взрослой жизни. По этой причине изучению отношений «родитель–ребенок», равно как и традиций воспитания в целом, уделяется пристальное внимание (Patterson *et al.*, 1992). Также мы все глубже понимаем то, как влияют на процесс формирования антисоциального поведения сверстники и сибсы.

В представленной модели подкрепления главное внимание сосредоточивается на последовательности социальных взаимодействий типа «действие–противодействие» (Patterson & Reid, 1984). В основу этой модели положена идея, что в будущем с большей вероятностью будет повторяться то антисоциальное поведение, которое позволяет ребенку получить выгоду путем контроля над неприятными взаимодействиями (например, требования выполнить работу) или активации приятных взаимодействий (например, веселое времяпровождение с друзьями) (Dishion & Patterson, 1997). Таким образом, антисоциальное поведение детей рассматривается как процесс социальной адаптации в пределах ближайшего микросоциального окружения. Путем подкрепления ребенок научается определенным социальным реакциям, которые направляют его по траектории социальной адаптации или дезадаптации.

Особенности воспитания и навязывание

На протяжении многих лет методы воспитания признавались наиболее мощным предиктором антисоциального поведения (Loeber & Dishion, 1983). Такие результаты исследований были опубликованы как в психологической, так и в криминологической литературе. Например, Patterson (1986), используя моделирование структурными уравнениями, обнаружил сильную корреляцию между жесткими и непоследовательными методами родительского воспитания и антисоциальным поведением. Forgatch (1991) во время исследования подростков в Орегоне (Oregon Youth Study — OYS) воспроизвел эту модель на двух когортах с выборкой, в которую вошли родители-одиночки, и с клинической выборкой. Подобным образом Patterson и коллеги (Patterson & Dishion, 1985; Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984) выявили корреляцию между несообразной практикой поддержания и контроля дисциплины со стороны родителей и антисоциальным поведением в среднем подростковом возрасте. Недавно Fagot и Leve (1998) обнаружили, что жесткое воспитание в раннем детстве коррелировало с ранним возникновением антисоциального поведения в начальной школе (по оценкам учителей). Кроме того, Conger и коллеги (1995) установили, что эта закономерность подтверждается при использовании разных методов оценки и в разных выборках.

Более того, такая взаимосвязь была также обнаружена при проведении лонгитудинальных исследований. Например, Patterson и Bank (1989), а также Vuchinich и коллеги (1992) применили моделирование структурными уравнениями, чтобы показать, что стиль родительского воспитания коррелировал с детским антисоциальным поведением в среднем детском возрасте, а также на протяжении раннего подросткового возраста. Важно отметить, что взаимосвязь между родительским стилем воспитания и антисоциальным поведением в раннем подростковом возрасте сохранялась даже после статистической коррекции в отношении стабильности антисоциального поведения в возрасте от девяти до 12 лет. Исследователи в области криминологии также прогнозировали антисоциальное поведение на основе всесторонней оценки семейного функционирования (включая и оценку поведения родителей) на протяжении среднего детского возраста (Farrington, 1978; McCord, 1979; McCord *et al* , 1961; Wadsworth, 1979; West & Farrington, 1977).

Несмотря на то, что в этих и во многих других исследованиях установлено, что родительское воспитание играет важную роль в развитии антисоциального поведения, для полного понимания процесса социализации в рамках антисоциального поведения необходима детальная этиологическая модель. Модель навязывания Patterson (1982) предоставляет такую детальную модель, сосредоточивая внимание на том, какой вклад в антисоциальное поведение детей вносят отношения «родитель–ребенок» (рис. 10.1).

Навязывание определяется как аверсивное поведение, которое приводит к желаемому результату. Вначале ребенок научается избегать требований родителей через процесс негативного подкрепления. В течение одного поведенческого обмена, например, родитель может потребовать от ребенка выполнить что-то для него неприятное, на что ребенок отвечает тем или иным вариантом аверсивного поведения. Если родитель снимает свои требования в ответ на такое аверсивное поведение, ребенок получает негативное подкрепление аверсивных форм реагирования со своей стороны.

Безусловно, до некоторой степени взаимодействия навязывания происходят в каждой семье. Однако подверженность в течение длительного времени высокому уровню

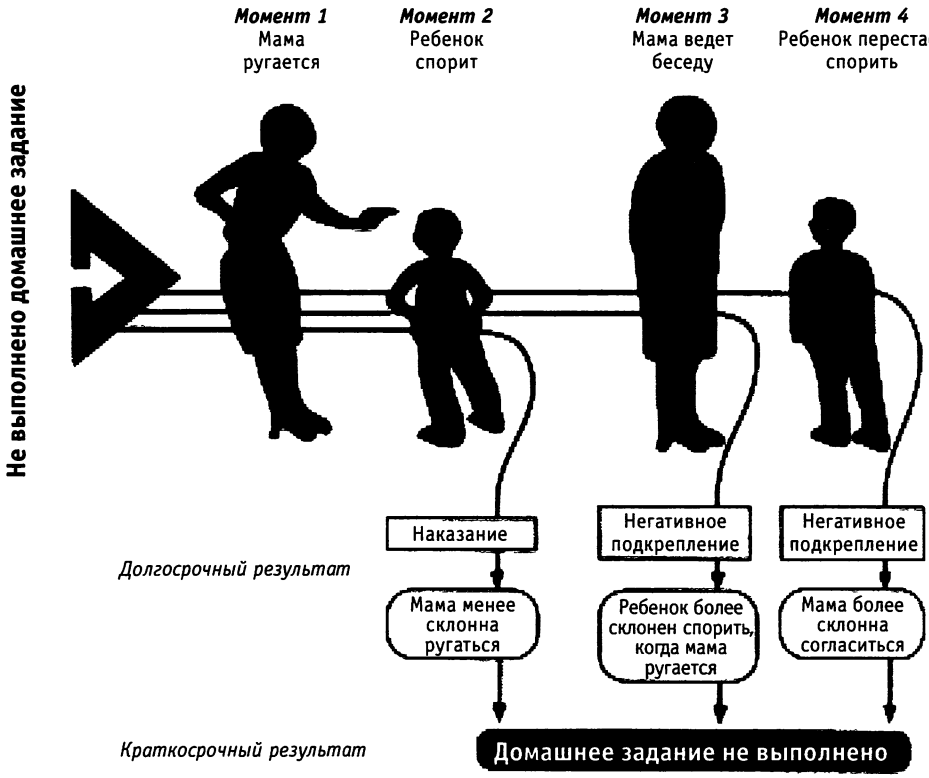


Рис. 10.1. Четырехступенчатая последовательность обусловливания избегания (из книги *Antisocial Boys* by G.R. Patterson. J.B. Reid & TJ. Dishion, 1992 (с. 41) © 1992, издательство Castalia; использовано с разрешения)

таких поведенческих обменов приводит к тому, что ребенок «обучается» антисоциальным паттернам социальных взаимодействий. Gardner (1989) исследовал эту проблему, уделяя основное внимание последствиям конфликтов между детьми и родителями. Это важный момент, потому что от того, чем закончится конфликт, зависит, получит ли ребенок негативное подкрепление. Используя показатель последовательности требований родителей на основе конечного результата конфликта, Gardner обнаружил, что матери детей с нарушениями поведения в восемь раз чаще отказывались от своих требований, чем матери детей с нормальным поведением. В рамках модели подкрепления отказ от требований в результате конфликта представляет собой негативное подкрепление. Матери детей с нарушениями поведения в 43% конфликтных ситуаций решали их непоследовательно (для сравнения: матери детей, не имеющих проблем с поведением, поступали таким образом только в 5% конфликтов). Эти данные поддерживают гипотезу, что развитие антисоциального поведения связано с негативным подкреплением.

Snyder и Patterson (1995) применили закон соответствия к анализу выбираемых детьми и матерями конкретных реакций. В соответствии с законом соответствия влияние подкрепления на поведение не соответствует простому линейному уравнению. Нельзя просто взять какое-либо микросоциальное окружение, подсчитать подкрепляющие сочетания и соотнести их с частотой реакций индивида, так как корреляция в таком случае будет незначительной. В действительности необходимо исследовать относительную выгоду отдельной реакции по сравнению с другими реакциями из используемого личностью репертуара (McDowell, 1988). В частности, закон соответствия предполагает, что количественное отношение исследуемого поведения ко всем возможным другим вариантам поведения (исследуемое / исследуемое + неисследуемое) будет «соответствовать» (или эквивалентно) отношению интенсивности подкрепления для исследуемого поведения к интенсивности подкрепления для всех вариантов поведения (интенсивность подкрепления для исследуемого поведения / степень подкрепления для исследуемого + неисследуемого поведения). Вместо того чтобы просто предполагать, что подкрепление реакции приведет к повышению интенсивности такой реакции, высказали предположение, что поскольку интенсивность подкрепления этой реакции (относительно интенсивности подкрепления всех реакций) возрастает, то и интенсивность исследуемой реакции усилится пропорционально остальным реакциям. В соответствии с теорией навязывания негативное подкрепление (обусловливание избегания) представляет собой механизм научения, являющийся причиной антисоциального поведения. В таком случае закон соответствия предполагает, что интенсивность определенной реакции навязывания будет определяться не только частотой негативного подкрепления, но и относительной интенсивностью негативного подкрепления для данной реакции по отношению к интенсивности негативного подкрепления для всех возможных реакции.

Snyder и Patterson (1995), применив положения закона соответствия, объяснили индивидуальные различия агрессивных реакций у детей дошкольного возраста. Изучая выборку десяти агрессивных и десяти неагрессивных диад «мать–ребенок», они обнаружили, что на протяжении пяти часов прямого наблюдения функциональная полезность реакции ребенка коррелировала с относительной частотой возникновения этой реакции в течение второго пятичасового периода наблюдения. Другими словами, интенсивность, с которой ребенок использовал определенную реакцию (относительно всех возможных реакций) в течение второго пятичасового периода, соответствовала выгодности (относительная частота негативного подкрепления со стороны матери) этой реакции в течение первых пяти часов наблюдения ($r = 0{,}64$). Те же результаты были получены для выбора реакции матерью ($r = 0{,}59$). Вследствие того, что эта связь была обнаружена по отношению к реагированию как детей, так и матерей, был сделан вывод, что негативное подкрепление аверсивного поведения двунаправленное. Более того, эта корреляция основывается как на конструктивной / позитивной, так и на агрессивной тактике разрешения конфликта. Таким образом, эти данные исследований свидетельствуют о том, что закон соответствия применим и к аверсивному, и к просоциальному поведению. Кроме того, они обнаружили индивидуальные различия у агрессивных и неагрессивных детей: для первой группы анализ поведения в естественных условиях выявил обусловленную связь между агрессивным поведением и исходом конфликта. В группе неагрессивных подростков разрешение конфликта коррелировало скорее не с аверсивными реакциями детей, а с адекватным отсутствием реакции со стороны матери.

В недавнем исследовании Snyder и коллеги (1997*b*) продолжили анализировать роль негативного подкрепления в развитии антисоциального поведения. Изучая выборку из 57 мальчиков (в возрасте от шести до 13 лет), направленных в клинику в связи с нарушениями поведения, эти ученые обнаружили прямую зависимость между негативным подкреплением со стороны родителей агрессивного поведения ребенка во время конфликта и антисоциальным поведением спустя два года. Более того, это исследование обнаружило прямую зависимость между суммарным баллом, отражающим тенденцию ребенка инициировать конфликт, а также поддерживать его (если конфликт инициирован родителями) и вероятностью того, что со стороны родителя будет негативное подкрепление агрессивного (по сравнению с неагрессивным) поведения в течение конфликта ($r = 0{,}48$). Это означает, что у мальчиков, проявляющих тенденцию инициировать и поддерживать конфликт, их агрессивное поведение с большой вероятностью получало негативное подкрепление.

Определяющими в процессе навязывания являются непоследовательные, грубые, жесткие или изменчивые попытки установить ограничения для своего ребенка (Loeber и Dishion, 1983). Однако сам процесс не вполне ясен. По-видимому, такие непостоянные или грубые попытки дисциплинировать представляют собой стремление родителей восстановить контроль над семьей. В ответ ребенок обостряет аверсивное поведение до тех пор, пока родители не отступят, дополнительно подкрепляя связанную с определенным событием эскалацию поведения с применением навязывания. Такой прерывистый тип подкрепления приводит к усвоенным формам поведения, которые особо устойчивы к изменению.

Связанная с определенными событиями эскалация аверсивного поведения действительно освещалась в литературе. Так, Snyder и коллеги (1994) обнаружили, что семьи, в которых был ребенок с антисоциальным поведением, чаще реагировали эскалацией аверсивного поведения, в то время как в других семьях чаще отмечалась тенденция не обострять конфликтную ситуацию. С другой стороны, некоторые исследователи обнаружили тенденцию здоровых семей выходить из замкнутого круга конфликта, а не обострять его (Dishion *et al.*, 1983).

Несмотря на эти проблемы родители нередко считают, что они применяют хорошие методы воспитания, и обвиняют детей в том, что они на них не реагируют. В действительности результаты исследований показывают, что аверсивные взаимодействия родителей с детьми, даже в самых деструктивных семьях, представляют всего около 10% всех взаимодействий (Patterson *et al.*, 1992). Несмотря на то, что, возможно, эти родители прибегали к разнообразным положительным методам воспитания, 10% аверсивных взаимоотношений, по-видимому, серьезно влияют на то, что ребенок становится на путь антисоциального развития. Поскольку позитивные взаимодействия между детьми и родителями существенно преобладают, они не позволяют отграничить дисгармоничные семьи от гармоничных (см. Patterson *et al.*, 1992). Более того, такое низкое процентное соотношение аверсивных взаимодействий может мешать распознанию проблемы как родителями, так и клиницистами, как следствие, это может приводить к тенденциозности во взглядах и к обвинению скорее ребенка, чем процесса воспитания.

Для исследователей эти микросоциальные исследования были решающими в понимании смысла повседневных взаимодействий, которые могут казаться тривиальными для их участников, но в действительности, со временем, приводить к устойчивому антисоциальному поведению. По описанию Dishion и Patterson (1997), необученные

участники этого процесса в большинстве случаев не замечают позитивного и негативного подкрепления в отношениях с близкими людьми, по существу такие взаимодействия не являются сознательными и имеют тенденцию происходить как будто на «автопилоте».

Эксперименты с проведением вмешательств

Теория подкрепления была также проверена в условиях исследований с проведением вмешательств. Эффективность таких вмешательств описана Kazdin в главе 15 данной книги. Здесь мы рассмотрим, какова их роль в усилении возможного подкрепления просоциального поведения и ослаблении взаимодействий навязывания, а следовательно, в сокращении частоты нарушений поведения. Dishion и Andrews (1995) в случайном порядке распределили на две группы (группа, в которой была реализована «Переходная программа для подростков» (Adolescent Transitions Program — ATP), и псевдо-экспериментальная, без проведения вмешательств, контрольная группа) семьи 158 мальчиков и девочек подросткового возраста из категории высокого риска. Программа ATP включала четыре варианта вмешательств: тренинги для родителей, тренинги для подростков, совместные для родителей и подростков фокус-группы и группы взаимопомощи. Участие в работе тренинговых групп как для родителей, так и для подростков коррелировало с уменьшением наблюдаемых негативных взаимодействий «родитель–ребенок». Более того, тренинги для родителей также были связаны с уменьшением количества случаев курения и антисоциального поведения в школе (по оценками учителей). Эти данные свидетельствуют о том, что усвоенные навыки семейных отношений могут смягчить негативные взаимодействия, а следовательно, и антисоциальное поведение, таким образом, это является экспериментальным подтверждением модели подкрепления и основанных на этой модели вмешательств.

Совсем недавно Dishion и Kavanagh (в печати) исследовали влияние вмешательств, предназначенных для родителей, на изменения антисоциального поведения. При проведении данного исследования (рис. 10.2) они наблюдали за семьями, в которых были подростки из группы высокого риска, проводя видеосъемку взаимодействий между родителями и детьми во время обсуждения острых семейных проблем. В целом вмешательства для родителей коррелировали с ослаблением конфликта между родителями и ребенком во время таких дискуссий. Более того, уменьшение показателя негативных взаимодействий коррелировало с уменьшением у этих детей показателя экстернализованных нарушений в школе (по наблюдениям учителей). Последняя корреляция имеет решающее значение для проверки теории, а также практическую ценность. Работая с родителями проблемных детей, важно обнаружить и развить применение ими навыков управления семьей, которые снижают уровень навязывания (запугивание, использования угроз для достижения собственных целей) между ребенком и родителем. Успех в этой работе, похоже, приносит практическую пользу подростку и вне дома.

Важно признать, что не только родители ответственны за поведение их детей. Темпераментными детьми или теми из них, которые усвоили стиль навязывания, труднее управлять, и они чаще других будут напрягать и без того несовершенные воспитатель-

ные способности своих родителей (Dishion *et al.*, 1995*в*). Последние исследования показали, что негативные эмоции родителей (злость, подавленность, раздражительность) не позволяют им установить границы поведения детей и решить проблемы (Forgatch, 1984). Чем труднее становится ребенок, тем с большей вероятностью родитель будет испытывать негативные эмоции, которые будут подвергать риску управление семьей.

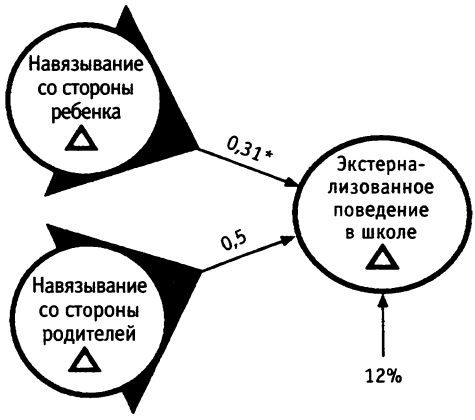


Рис. 10.2. Прогнозируемые изменения в оценке учителями экстернализованного поведения в школе, вытекающие из изменения отношений навязывания «родитель–ребенок»

Изменение условий и развитие нарушений поведения

Модель навязывания прогнозирует, что ребенок по мере своего взросления усвоенный в семье стиль навязывания социальных взаимодействий будет использовать и вне дома, как следствие, будут ухудшаться социальные контакты и снижаться академическая успеваемость. Например, влияние недостаточных навыков воспитания у родителей на неприятие ребенка сверстниками в школе будет опосредовано антисоциальным поведением ребенка и дефицитом у него навыков, что является следствием использования стиля навязывания в семейных отношениях. Dishion (1990) продемонстрировал, что у 206 мальчиков среднего детского возраста влияние жесткого родительского воспитания на неприятие в среде сверстников проявлялось в антисоциальном поведении детей и в их низкой успеваемости (оба факта объясняли 60% отклонений в балльной оценке отношений со сверстниками). Особенности воспитания обусловливали плохие отношения со сверстниками не прямо, а косвенно, через более общий паттерн антисоциального поведения, который коррелировал с родительским стилем воспитания.

Во втором исследовании Dishion и коллеги (1994) изучали важный вклад в антисоциальное поведение стиля навязывания в отношениях как с родителями, так и со сверстниками. Изучая выборку, состоявшую из 374 учеников первых и пятых классов (52% девочек), исследователи обнаружили, что и стиль навязывания в отношениях между

родителями и ребенком, и стиль навязывания в отношениях между сверстниками и ребенком ответственны за большую вариантность антисоциального поведения. В целом стиль навязывания в отношениях с родителями и со сверстниками объяснял 21 и 19% вариантности антисоциальных форм поведении соответственно для мальчиков и для девочек. Неожиданным оказалось то, что эти варианты навязывания (ребенок–родители и ребенок–сверстники) коррелировали между собой только умеренно ($r = 0{,}19$). Такая низкая корреляция, вероятнее всего, является следствием недооценки, возникшей из-за краткости тестовых заданий для оценки стиля навязывания в отношениях «родитель–ребенок». Эти методы исследования могли оказаться непригодными для того,чтобы зафиксировать отношения навязывания, которые обычно могут наблюдаться в семье. Хотя гендерные различия наблюдались при максимальных уровнях навязывания и антисоциального поведения, одна и та же модель с одинаковым успехом подходила для индивидов обоего пола.

Социальное окружение вне семьи приобретает все большее значение в развитии антисоциальных форм поведения по мере того, как дети переходят в подростковый возраст. Тем не менее методы воспитания, такие как контроль поведения подростка, продолжают играть важную роль. Исследования показали сильную корреляцию между методами контроля со стороны родителей, делинквентным поведением подростков и контактами со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению (French *et al.*, 1991; Patterson & Dishion, 1985). Dishion и коллеги (1995*a*) также обнаружили отрицательную корреляцию между контролем со стороны родителей и контактами со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению, и положительную корреляцию между такими контактами и употреблением наркотиков. Таким образом, влияние на употребление наркотиков недостаточного контроля со стороны родителей, по-видимому, опосредовано контактами со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению. Эти исследования указывают на то, что, хотя новые социальные взаимодействия вносят вклад в социальные аспекты антисоциального поведения, родители остаются ключевыми фигурами в этом процессе.

Роль сверстников: научение отклоняющемуся поведению

Дети с нарушениями поведения чаще других общаются со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению, имеют негармоничные отношения с ровесниками и отвергаются ими. Современные модели, связывающие развитие антисоциальных форм поведения с друзьями, склонными к отклоняющемуся поведению, описаны Vitaro и соавторами (13 глава). Здесь же мы сосредоточили внимание на модели навязывания Patterson и коллег (1992), предполагающей, что аверсивный стиль отношений, усвоенный в семье, будет распространяться и на систему отношений со сверстниками, приводя к неприятию сверстниками и подкреплению отклоняющегося поведения. Показано, что уже в дошкольном возрасте дети с антисоциальными формами поведения отвергаются сверстниками (Wasik, 1987). В начальной и средней школе (возраст от пяти до 14 лет) антисоциальное поведение детей возникало как наиболее постоянный коррелят неприятия сверстниками (Coie & Dodge, 1988; Coie *et al.*, 1988; French & Waas, 1987). Кроме того, исследования, проведенные в игровых группах, которые собирали вместе

ранее не знакомых друг с другом детей, доказали наличие причинной связи между антисоциальным поведением и отвержением в группе сверстников (Coie & Kupersmidt, 1983; Dodge, 1983).

Тем не менее антисоциальное поведение не всегда коррелирует с неодобрением со стороны сверстников. По мнению Wright и соавторов (1986), связь между антисоциальным поведением (или агрессией) и статусом в группе сверстников опосредована структурой группы. Другими словами, агрессия является причиной отвержения сверстниками в том случае, если ребенок отличается от ровесников, и совсем наоборот, если такое его поведение является нормой для его группы. Эта модель нашла эмпирическое подтверждение в исследованиях, проведенных в летних лагерях (Wright *et al.*, 1986) и в детских садах (Boivin *et al.*, 1995).

В своем кругу общения дети с антисоциальным поведением, по-видимому, стремятся найти социальные условия, в которых их антисоциальное поведение будет нормой и получит максимальный уровень подкрепления со стороны ближайшего окружения при минимальной социальной активности (Dishion *et al.*, 1994). Очень рано, уже в дошкольном возрасте агрессивные дети стремятся сформировать сеть социальных связей с подобными себе ровесниками. Ядром такой сети являются наиболее агрессивные индивиды (Farver, 1996). В своей недавней работе Snyder и соавторы (1997*a*) применили закон соответствия к отношениям со сверстниками. Эти исследователи высказали предположение, что дети будут выделять свое, «предназначенное для общения в группе время и выказывать предпочтение каждому из сверстников пропорционально вероятности получения положительных социальных результатов во время взаимодействия с этим сверстником по сравнению с другими» (Snyder *et al.*, 1996, p. 218). Результаты исследования показали, что в выборке 74 детей дошкольного возраста (36 мальчиков и 38 девочек) относительный уровень положительных результатов прогнозировал включение в группу сверстников. Еще более интересно следующее: частная корреляция показала, что при включении в группу сверстников одного пола или в смешанную группу учитывалась относительная вероятность положительных результатов прогнозируемых сверстниками изменений в принадлежности к группе после предшествующего включения в группу ($rs = 0{,}68 - 0{,}79$). Такая тенденция наблюдалась как среди мальчиков, так и среди девочек.

При исследовании 72 чернокожих мальчиков и девочек дошкольного возраста из группы риска Snyder и коллеги (1997a) отметили, что агрессивные дети делали столько же попыток, сколько и неагрессивные, чтобы установить взаимоотношения, однако сверстники значительно реже отвечали взаимностью на их усилия. Если такие дети действительно успешно устанавливали взаимоотношения, то, как правило, с подобными им агрессивными сверстниками и они коррелировали с последующим усилением негативных форм поведения. Snyder и коллеги (1996) предполагают, что такие результаты исследования можно объяснить как негативным (в соответствии с моделью Patterson), так и позитивным подкреплением (например, доступ к желаемым возможностям). Эти данные свидетельствуют о том, что подкрепление взаимно одобряемого агрессивного поведения может способствовать образованию группы. Дети с антисоциальными тенденциями формируют свои установки на группирование и следуют им (Cairns *et al.*, 1988; Kupersmidt *et al.*, 1995; Poulin *et al.*, 1997).

Недавно Poulin и Boivin (2000) заявили о том, что такие установки на группирование у антисоциальных детей могли быть функцией демонстрируемого ими активного

агрессивного поведения. Эта гипотеза основана на работе Dodge и Coie (1987), предложивших разделять агрессию на активную (неспровоцированный аверсивный способ воздействия на других) и реактивную (импульсивный и враждебный поступок в ответ на воспринимаемую угрозу или провокацию). Первая формируется посредством процесса социального научения и поддерживается благодаря подкреплению (особенно в группе сверстников), в отличие от последней, которая связана с жизнью в условиях физического насилия и жесткой дисциплины (Dodge *et al.*, 1997). Poulin и Boivin (2000) заметили, что в начальных классах мальчики со склонностью к активной агрессии стремились выбирать себе друзей с такими же тенденциями в поведении, чего не наблюдалось среди мальчиков со склонностью к реактивной агрессии. Другими словами, активное агрессивное поведение представляется определяющим в формировании социального окружения, в котором подкрепляется этот тип поведения.

Что представляют собой немедленные и отдаленные последствия группирования с другими антисоциальными детьми? Получены достоверные доказательства того, что группирование агрессивных детей дошкольного возраста коррелирует с усилением агрессии в течение года (Snyder et al, 1997*a*). Исследования, проведенные Patterson и колегами (1967), а также позже другими учеными (Strayer & Noel, 1986), позволяют предположить, что общий паттерн «действие–противодействие» среди детей на площадке для игр, а также группирование ответственны за значительный процент прироста интенсивности агрессивного поведения среди детей дошкольного возраста. Boivin и Vitaro (1995) сообщали, что в детстве у агрессивных мальчиков, не вовлеченных в дружеские группировки, агрессивное поведение со временем ослабевало чаще, чем у тех, которые были членами группировок. Авторы высказали предположение, что группировки играют роль в поддержании агрессивного поведения. Антисоциальные группировки в детстве рассматриваются также как траектория развития, которая приводит позже к вовлечению в подростковом возрасте в преступные группировки (Cairns *et al.*, 1997). Например, преступные действия очень часто совершают группы подростков, склонных к антисоциальным поступкам (Aultman, 1980; Gold, 1970).

Роль сверстников, склонных к отклоняющемуся поведению, в этиологии делинквентного поведения и употреблении психоактивных веществ у подростков показана в проведенном Elliott и коллегами (1985) лонгитудинальном исследовании с использованием вероятностной выборки в масштабах страны. Они обнаружили (по данным самоотчетов испытуемых), что вовлечение в группы сверстников, склонных к отклоняющемуся поведению, приводило к значительному росту уровня делинквентности и употребления психоактивных веществ в среднем и позднем подростковом возрасте, даже после учета прежних уровней делинквентности. Идея о роли групп сверстников, склонных к отклоняющемуся поведению, в развитии разнообразных форм нарушений поведения выдвигалась также в некоторых других лонгитудинальных исследованиях (Biglan *et al.*, 1995; Fergusson & Horwood, 1996; Keena *et al.*, 1995; Patterson & Dishion, 1985).

Эти лонгитудинальные исследования позволили доказать причинную связь между вовлечением в группу сверстников, склонных к отклоняющемуся поведению, и последующим нарастанием нарушений поведения. Однако выводы о причинности более веские, если они основаны на исследованиях с использованием экспериментального дизайна, как в случае клинических рандомизированных исследований. Когда подростков из группы риска собирали вместе в группы с целью проведения вмешательств, наблюдались ятрогенные влияния. В своей оценке тренинговой программы ATP Dishion и

Andrews (1995) сообщали о ятрогенном эффекте, являющемся следствием проведения фокус-групп с подростками. В частности, у подростков, отобранных в терапевтические группы для усовершенствования социальных навыков и навыков решения проблем, отмечено ухудшение по таким показателям, как табакокурение (по данным самоотчетов) и делинквентное поведение, по сравнению с контрольной группой. К сожалению, этот эффект сохранялся на протяжении трех лет после вмешательств. Следует отметить, что ятрогенный эффект выявлен только у подростков постпубертатного возраста (т. е. в 13 и 14 лет). Этот возрастной эффект не противоречит данным публикаций, посвященных проблемам развития, предполагающим, что люди в подростковом возрасте, если они подпадают под влияние сверстников из группы риска, подвергаются повышенному риску эскалации нарушений.

Другие эмпирические доказательства неблагоприятных последствий концентрации подростков из группы риска получены при повторном анализе отдаленных результатов Кембриджско-соммервильского исследования подростков (McCord, 1992). Это исследование, посвященное изучению профилактики, подтвердило, что у подростков, участвовавших в пятилетней программе многоуровневого вмешательства (семейные консультации, наставничество, консультирование и т. п.), спустя 30 лет отмечалось больше нарушений адаптации, чем у участников того же исследования из контрольной группы. В серии недавно проведенных аналитических исследований обнаружено, что наихудшие отдаленные результаты были именно у тех подростков, которые участвовали в программах, осуществлявшихся в летних лагерях (Dishion *et al.*, 1999).

Эти исследования имеют большое значение. С точки зрения теории они подтверждают предположение о том, что связь с другими сверстниками из группы риска играет существенную роль в эскалации антисоциального поведения. Такое влияние отмечается даже в хорошо контролируемых терапевтических условиях. С точки зрения клиники эти данные заставляют подвергнуть интенсивной критике методы вмешательств, при которых подростков из группы риска помещают в условия, способствующие их тесному сближению друг с другом.

Лонгитудинальные и профилактические рандомизированные исследования являются эмпирическим подтверждением гипотезы, согласно которой объединение со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению, причинно связано с последующими нарушениями поведения. В первых формулировках теории социального научения подкрепление со стороны сверстников относили к основным аспектам процесса научения. (Akers, 1973; Burgess & Akers, 1966). В своей теории социального научения агрессии Bandura (1973,1989) также подчеркивает роль сверстников в процессе подкрепления. Более непосредственное эмпирическое подтверждение роли сверстников в процессе подкрепления появилось в результате работы Dishion и коллег (1996).

Для изучения механизмов, посредством которых друзья влияют на поведенческую адаптацию, мальчикам (в возрасте от 13 до 14 лет) в исследовании подростков, которое проводилось в Орегоне (Oregon Youth Study — OYS), было предложено вместе с их ближайшими друзьями принять участие в 25-минутной дискуссии, снимавшейся на видеопленку и посвященной методу решения проблем. Видеозаписи были проанализированы с использованием системы кодирования, которая фокусировалась на вербальном содержании дискуссии и аффективных реакциях. Были определены две темы: нарушающие правила высказывания и нормативные высказывания. Возможными реакциями были «смех» и «пауза». Нарушающие правила высказывания встречались в

четыре раза чаще в антисоциальных диадах. Последовательный анализ обнаружил также статистически достоверную разницу между группами в плане паттернов взаимного реагирования. В то время как неантисоциальные и смешанные диады отвечали смехом на нормативные высказывания, антисоциальные таким образом реагировали на нарушающие правила высказывания.

Наиболее важный вопрос касается влияния этих диадических процессов на траектории развития. Было установлено, что дружеские диады, предоставлявшие ситуационное подкрепление нарушающих правила высказываний, способствовали (по данным самоотчетов) эскалации делинквентного поведения в течение последующих двух лет, даже при статистической коррекции в отношении предшествующих уровней (Dishion *et al.*, 1996). Dishion и коллеги (1995*a*) обнаружили, что наблюдавшаяся в диадах тенденция позитивно реагировать на нарушающие правила темы коррелировала с повышенной вероятностью перехода от воздержания к систематическому употреблению алкоголя, марихуаны и табакокурению в течение последующих двух лет. Dishion и коллеги (1997) также обнаружили, что насилие (по сообщениям самих испытуемых) и контакты с полицией по поводу насилия коррелировали с усвоением норм отклоняющегося поведения в подростковом возрасте (по данным оценки в три разных периода времени — в возрасте 13–14, 15–16, 17–18 лет).

Резюмируя, можно сказать, что получено очень много данных, связывающих группирование со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению, с развитием и эскалацией антисоциального поведения. Более того, последние исследования предоставили ценную информацию относительно конкретных механизмов, посредством которых сверстники, склонные к отклоняющемуся поведению, подкрепляют подобное поведение друг друга. Эти результаты исследований также наводят на мысль о том, что вмешательства, собирающие вместе подростков из группы риска, должны проводиться с большой осторожностью.

Роль сибсов

Не лишено смысла утверждение, что оба механизма подкрепления — как навязывание, так и обучение отклоняющемуся поведению — могут быть применены к отношениям с сибсами и к их возможному влиянию на социальное развитие. Однако изучение сибсов только начинается.

На исходном уровне получены данные, указывающие на то, что сибсы очень похожи в своем поведении. Например, в результате непосредственного наблюдения в домашних условиях Patterson (1986) установил коэффициент корреляции 0,61 среди мальчиков, направленных на лечение в связи с нарушениями поведения, и их нелечившихся братьев. В этих данных, однако, смущает тот факт, что эти братья наблюдались в то время, когда они находились дома, часто взаимодействуя друг с другом.

В другом исследовании установлено (Lewin *et al.*, 1993), что сибсы сходны по показателям негативной оценки сверстниками ($r = 0{,}65$), уровню агрессии по оценке учителей ($r = 0{,}26$), привлекательности ($r = 0{,}55$), поведенческой адаптации ($r = 0{,}48$) и наблюдаемому в классе положительному поведению среди сверстников ($r = 0{,}47$). Примечательно, что эти наблюдения проводились в разных классных комнатах и с разными учителями. Это исследование выявило корреляцию в 0,72 среди сибсов по показа-

телям неодобрения со стороны учителей при непосредственном наблюдении. Наиболее важным результатом является то, что сибсы похожи не только поведением, но и тем, что вызывают сходные реакции у их индивидуального социального окружения.

С точки зрения подкрепления можно предположить, что это сходство в поведении, по крайней мере отчасти, можно объяснить одинаковыми условиями для подкрепления. Действительно, подтверждение этой гипотезы предоставили Arnold и коллеги (1975), которые обнаружили, что наблюдавшееся аверсивное поведение улучшалось у всех сибсов в семье после того, как родители проходили специальные тренинги, даже если вмешательство было нацелено только на одного ребенка.

Тем не менее следует ожидать, что в пределах одной семьи отношение к сибсам будет разным в связи с разницей в возрасте и со сменой семейной обстановки по мере взросления каждого из детей (Conger & Conger, 1994). Такие разные подходы к воспитанию были одним из способов изучения влияния целостной семейной среды (Anderson *et al.*, 1994). Недавние лонгитудинальные исследования показали, что различия в воспитании (McGuire *et al* , 1995) и разная степень недружелюбия как со стороны отца, так и со стороны матери (Conger & Conger, 1994) связаны с разными уровнями нарушений поведения в дальнейшем.

Однако возможно, что разное отношение к сибсам не приведет к дополнительным нарушениям адаптации ребенка, если будет принято во внимание влияние на ребенка базисного воспитания (McGuire *et al* , 1995). В ответ на это предположение McGuire и коллеги включили показатели как дифференцированного, так и базисного воспитания. Дифференцированное воспитание было определено как отношение к одному ребенку по сравнению с отношением к другому, т. е. как разница в отношении к сибсам вне рамок индивидуального воспитания, направленного на каждого. Таким образом, дифференцированное воспитание было аналогично несовпадающим факторам родительского воздействия. Базисное воспитание было определено как воспитание, направленное на отдельного ребенка, при игнорировании различия или сходства с сибсом. Поскольку этот показатель игнорирует различие или сходство между особенностями воспитания по отношению к разным сибсам, он не соответствует ни общим, ни несовпадающим факторам воспитания. Включение обоих показателей позволяет поставить вопрос, оказывает ли особое влияние на ребенка применение дифференцированного воспитания (например, когда один ребенок получает более тяжелое наказание по сравнению с сибсом) вне рамок базисного воспитания (например, количество наказаний). Удивительным оказалось то, что предварительный анализ показателей влияния базисного воспитания в один момент времени не выявил значимой корреляции с показателями влияния в другой момент, поэтому показатели влияния базисного воспитания были опущены. Таким образом, данное исследование не позволило сделать какие-либо значимые выводы относительно особого влияния дифференцированного отношения к сибсам.

В другом исследовании применили иной подход в изучении влияния общего и раздельного воспитания, получаемого сибсами. Anderson и коллеги (1994) исследовали три компонента воспитания: (а) несовпадающие факторы воспитания по отношению к обследуемому ребенку, (б) несовпадающие факторы воспитания по отношению к сибсу и (в) совпадающие факторы воспитания (совпадающие отклонения по двум показателям базисного воспитания). В одномоментном исследовании выборки с 720 однополыми парами сибсов изучали отдельно влияние совпадающих и несовпадающих факторов воспитания исследуемых детей и их братьев и сестер на социальную адаптацию. Авто-

ры установили, что совпадающие и несовпадающие факторы воспитания, направленные на исследуемых детей, имели отношение к показателям социальной компетентности и накопления знаний (объясняя от 13 до 28% отклонений в 10 из 24 анализов), тогда как несовпадающие факторы воспитания, направленные на сибсов, объясняли не более чем 2% отклонений в социальной адаптации по сравнению с исследуемыми детьми. Не было обнаружено никаких различий в зависимости от половой принадлежности.

Важно отметить, что в этом исследовании основное внимание было сконцентрировано только на социальной компетентности. Однако на основании этих же данных (Reiss *et al.*, 1995) проанализировано влияние несовпадающих факторов воспитания каждого ребенка и сибса на антисоциальное поведение; авторы показали, что воспитание, специально направленное на сибса, не влияло на результаты для исследуемого ребенка. Снова не было обнаружено гендерных различий. Все результаты исследований согласуются с моделью подкрепления, которая прогнозирует, что непосредственные микросоциальные взаимодействия между родителями и детьми должны иметь наибольшее влияние внутри семьи.

И наконец, мы должны также понять, как сибсы влияют на социальное развитие друг друга. Dishion (1987) исследовал этот вопрос, изучая корреляцию между аверсивным поведением детей по отношению к сибсам и принятием их в группе сверстников, а также антисоциальным поведением в школе. Результаты показали главным образом отсутствие корреляции между отношениями с сибсами и отношениями со сверстниками, подтверждая тем самым то, что влияние сверстников и влияние сибсов до некоторой степени совпадают. В другом исследовании не удалось подтвердить гипотезу о том, что существует прямой перенос отношений с сибсами на таковые со сверстниками (Abramovitch *et al.*, 1986).

Тем не менее важным является исследование, проведенное Snyder и коллегами (1997*b*). Они обнаружили позитивную взаимосвязь между суммарным баллом, отображающим склонность исследуемого ребенка инициировать конфликты и отвечать взаимностью на конфликты, и вероятностью того, что сибс будет негативно подкреплять агрессию исследуемого в ответ на неагрессивное поведения в течение конфликта ($r = 0, 52$). Несомненно, навязывание также используется в отношении сибсов и подкрепляется ими.

Подводя итог, можно сказать, что, несмотря на то, что сибсы демонстрируют много общего в поведении, доказательства того, как они влияют друг на друга в плане развития антисоциального поведения, остаются противоречивыми. Эта область исследований относительно новая и недостаточно разработанная. Тема влияния отношений со сверстниками на развитие антисоциального поведения более проработана и может помочь понять также и влияние сибсов.

Средовые факторы

С точки зрения теории подкрепления все средовые факторы, такие как неблагополучие в семье и в районе проживания, влияют на микросоциальные взаимодействия в пределах круга общения. Таким образом, по-видимому, влияние более общих внешних факторов на антисоциальное поведение, по меньшей мере, до некоторой степени опосредовано микросоциальными взаимодействиями.

Чтобы получить подтверждение данной гипотезы, McLeod и Shanahan (1996) исследовали влияние неблагополучия в семье на развитие антисоциального поведения. Они обнаружили, что количество лет, прожитых в условиях бедности в детском возрасте, значимо коррелировало с изменениями антисоциального поведения (по данным за четыре года). Patterson (1983), используя данные ежедневных наблюдений, продемонстрировал наличие ковариации между практикой воспитания и уровнем стресса в течение дня, что нашло отражение в проявлениях аверсивного поведения детей дома. Эти результаты связывают стресс с антисоциальным поведением посредством практики воспитания. Кроме того, Forgatch и коллеги (1985) установили, что родительская практика воспитания служила связующим звеном между стрессом у матери и антисоциальным поведением ребенка. И наконец, Conger и коллеги (1993) выявили доказательства модели, в соответствии с которой экономическое неблагополучие приводит к депрессии и деморализации, которые в свою очередь негативно влияют на воспитание. Наиболее существенно то, что неадекватное воспитание играет в таком случае роль посредника между экономическими трудностями и адаптацией подростка.

Условия района проживания также могут вносить вклад в развитие антисоциального поведения. Crane (1991), например, использовал данные переписи для того, чтобы изучить частоту случаев, когда дети оставляют учебу в средних школах, как функцию уровня риска в районе. Результаты исследования показали, что в наиболее крупных городах США, как только процентное соотношение высококвалифицированных рабочих достигало менее 3,5%, частота случаев, когда дети бросают учебу, возрастала вдвое — с 11 до 22% (рис. 10.3). Мальчики из районов с максимальным уровнем риска демонстрировали резкий и значительный нелинейный рост количества таких случаев, в то время как для девочек была характерна линейная тенденция.

С другой стороны, влияние района проживания, вероятно, опосредовано микросоциальными переменными, такими как практика воспитания. Rutter (1981) обнаружил, что корреляция между средой и антисоциальным поведением была отчасти опосредована разрушением семей, на что указывали показатели шкалы неблагополучия в семье. Однако для того, чтобы продемонстрировать роль подкрепления как медиатора социальных факторов, таких как условия района проживания, необходимы дополнительные исследования.

Выбор своей ниши

Выбор окружения является новым, но, тем не менее, центральным вопросом в понимании развития ребенка. Генетика поведения указывает на то, что выбор окружения в значительной степени находится под влиянием генетической конституции индивида. Scarr и McCartney (1983) высказали предположение, что различия в показателях корреляции между однояйцовыми и двуяйцовыми близнецами и не связанными родством приемными сибсами служат доказательством генетически обоснованной модели формирования ниши. Эти авторы утверждают, что в раннем и среднем подростковом возрасте все сибсы имеют в основном общее ближайшее окружение, независимо от генетического сходства. Однако по мере того как они взрослеют и начинают выбирать собственное окружение (друзей, спорт, интеллектуальные занятия), они либо сохраня-

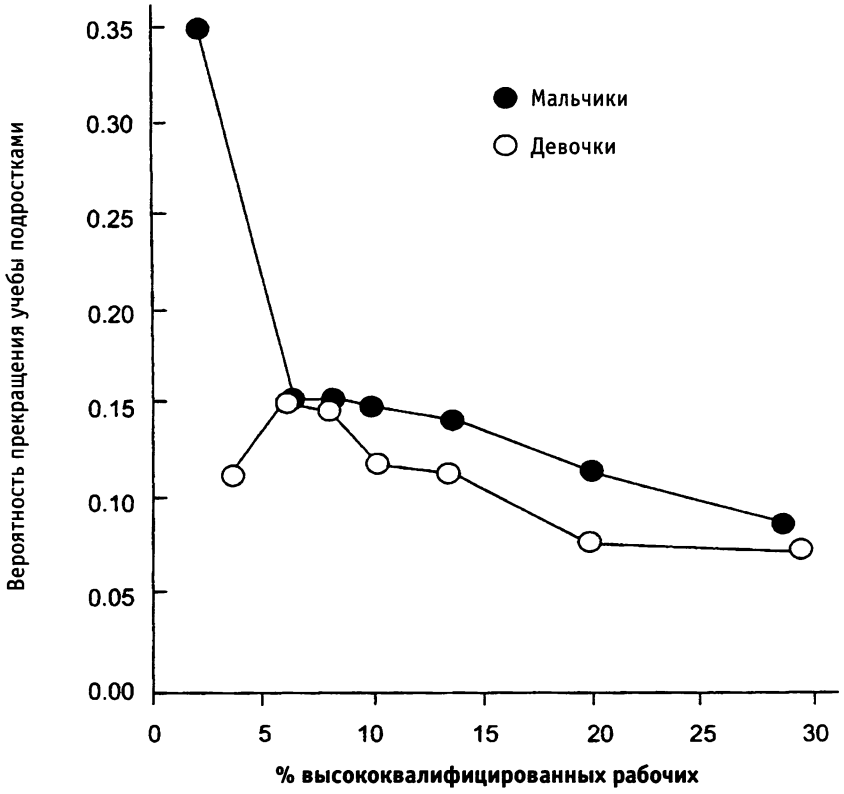


Рис. 10.3. Предполагаемая вероятность случаев, когда дети бросают учебу, как функция процентного соотношения высококвалифицированных рабочих в районах для чернокожих мальчиков и девочек в крупнейших городах. (Из статьи «The Epidemic Theory of Ghettos and Neighborhood Effect on Dropping Out and Teenage Childbearing», J. Crane (1991), *American Journal of Sociology, 100,* p. 1240. © 1991, University of Chicago; опубликовано с разрешения автора)

ют сходство, либо их пути развития разойдутся и станут более непохожими в зависимости от степени генетической близости. Таким образом, корреляция между однояйцовыми близнецами остается высокой с детства и до подросткового возраста, между двуяйцовыми — умеренно снижается, а между не связанными родством приемными сибсами сводится к нулю. Наиболее яркие доказательства в поддержку этой модели получены в исследовании, продемонстрировавшем высокую степень сходства между однояйцовыми близнецами, воспитанными раздельно (Scarr & McCartney, 1983). Авторы утверждают, что высокий уровень сходства между однояйцовыми близнецами, воспитанными раздельно, является результатом почти одинакового выбора занятий и социальных взаимоотношений, главным образом в подростковом возрасте.

Важным вкладом в модель формирования ниши является понимание того, что в целом окружение выбирают (например, друзья) и не выбирают (например, семья) (Elicker *et al.*, 1992). Включая показатели окружения, которое индивид не выбирал, а

не именно выбранного им, мы, возможно, «разбавляем» показатели окружения, добавляя не относящуюся к делу переменную и ослабляя их информативность. Мы поддерживаем точку зрения, что действия, направленные на поиск социальной сети, соответствующей особенностям личности индивида, имеют мощный эффект социализации.

Одна их гипотез, которая вытекает из таких моделей антисоциального поведения, как модель подкрепления и модель формирования ниши, предполагает, что выбираемые самим человеком социальные взаимодействия обладают более мощным потенциалом подкрепления. Следовательно, подкрепление может быть сильнее в кругу выбранных друзей, нежели в пределах семейных взаимоотношений. Поэтому модель подкрепления при выборе ниши была бы доказана, если бы мы получили данные, демонстрирующие, что усвоение норм отклоняющегося поведения сильнее в среде выбранных друзей, чем в среде сибсов.

Выводы

Мы рассмотрели публикации, соотносящие социальный мир антисоциальных подростков с их специфическим процессом развития. Важность результатов исследований, представленных в данной главе, не только в том, что они позволяют сделать общий вывод — родители и сверстники играют огромную роль в социализации ребенка. Их важность скорее состоит в уточнении процесса, посредством которого семья и сверстники влияют на развитие устойчивых признаков антисоциального поведения.

Например, результаты исследований, демонстрирующие интенсивный и долговременный эффект навязывания в микросоциальных взаимодействиях между родителями и детьми, вместе с предложенной Patterson и коллегами (1992) моделью навязывания проливают свет на постепенное развитие антисоциального поведения в течение жизни. Боле того, наблюдаемые различия между подростками мужского пола с антисоциальными проявлениями и без таковых в их микросоциальном взаимодействии с друзьями позволяют нам глубже понять механизмы эскалации антисоциального поведения и обстоятельства, способствующие его случайным изменениям на протяжении жизни. Полученные данные свидетельствуют о том, что, хотя процесс начинается с негативного подкрепления такого поведения, как избегание навязывания, со стороны подростков отмечается позитивное подкрепление ненормативных высказываний и антисоциального поведения друг друга.

Модель подкрепления и демонстрируемая функциональная полезность этих антисоциальных действий дают основания надеяться на успешность вмешательств. Меняя соотношение условий в рамках отношений «родитель–ребенок», мы сможем положительно влиять на траекторию развития ребенка. Кроме того, как теория, так и исследования помогли точно определить, какие подходы к воспитанию и условия более важны в разные возрастные периоды. С детьми младшего возраста родители должны устанавливать четкие критерии для позитивного и негативного поведения и постоянно твердо придерживаться этих критериев. В подростковом возрасте родители должны уделять особое внимание контролю над занятиями в кругу сверстников, чтобы убедиться в том, что их подросток контактирует со сверстниками с просоциальным поведением и проводит ограниченное количество времени среди безнадзорных сверстников. Анализ микросоциальных воздействий позволяет нам сломать стереотипы подходов к воспи-

танию, используемые родителями, и подробно описать, как они могут улучшить свои навыки.

Несмотря на то, что модель подкрепления дает четкое направление и перспективу для уменьшения уровня антисоциального поведения, все же существуют определенные барьеры. Во-первых, индивидуальные характеристики ребенка могут значительно усложнять процесс воспитания. Например, Moffitt и коллеги (1996) продемонстрировали различия в темпераменте, наблюдавшиеся уже в трехлетнем возрасте, в группах с началом антисоциального поведения в детстве и в подростковом возрасте. В тех случаях, когда ребенок имеет сложный характер, может быть очень трудным изменить поведение родителей, касающееся воспитания. Более широкие социальные обстоятельства, такие как экономические трудности и супружеские разногласия, непостоянная работа, психические расстройства у кого-либо из родителей, влияние неблагополучного района проживания, — все это поддерживает неудовлетворительную практику управления семьей.

Несмотря на наличие препятствий исследования уже показали, что успехи медицины возможны (Dishion & Andrews, 1995). Один из подходов, который проходит в настоящее время апробацию на предмет сдерживающего влияния на развитие антисоциального поведения, основан на мотивационном интервьюировании, первоначально разработанном для лиц с проблемным употреблением алкоголя (Miller *et al.*, 1993). Dishion и соавторы (in press *a*) предложили многоуровневый подход с целью побуждать родителей использовать соответствующие уровни вмешательств. На одном уровне дети и родители выполняют всестороннюю оценку персональной и семейной адаптации, называемой проверкой семьи (Family Check-Up). Затем родителей ознакамливают с результатами проведенной оценки. Акцент делается на том, как родители могут улучшить сложившуюся ситуацию. Существенным достоинством такого подхода является то, что он помогает рассмотреть проблемы семьи с более широкой перспективы. Например, некоторые члены семьи могут в избытке испытывать на себе внесемейный стресс, который проникает в их повседневную внутрисемейную жизнь. Другие могут обнаружить, что их семейные взаимодействия характеризуются по своей сути высокой степенью навязывания. Таким образом, удается подчеркнуть взаимосвязь между микросоциальными взаимодействиями и более широкими средовыми факторами. Затем родители могут определить, на какую проблемную сферу обратить внимание. Как показали исследования, такая процедура (Dishion *et al.*, in press *b)* привела к уменьшению частоты нарушений поведения — по данным, полученным от родителей (Rao, 1998).

В заключение необходимо остановиться на гендерных различиях. Хотя исследования, включающие как мальчиков, так и девочек, обычно не обнаруживают разницы во влиянии подкрепления на развитие антисоциального поведения, пока еще очень рано делать серьезные выводы. Результаты исследований демонстрируют, что отмечаемая учителями агрессивность отвергнутых сверстниками мальчиков и девочек совершенно разная и что антисоциальное поведение сильнее коррелирует с академической неуспеваемостью у мальчиков, чем у девочек. Dishion и коллеги (1994) предполагают, что различия, вероятно, существуют. Чтобы понять гендерные различия в процессе социализации и в проявлениях антисоциального поведения, несомненно, нужны дополнительные исследования.

Широко распространенные решения, в которых не учитывается этиологическая роль процессов развития и микросоциальных процессов в формировании антисоциального поведения, весьма сомнительны. Например, помещение подростков с антисоциальным

поведением в учреждения, подобные учебным лагерям для новобранцев, позволяет этим подросткам продвигать друг друга дальше по пути антисоциального развития. Существует высокая вероятность эскалации, даже несмотря на то, что подростки находятся в закрытом учреждении. Более того, как только ребенок или подросток возвращается в тот же район проживания, к тем же друзьям и в ту же семью, он, вероятнее всего, будут реагировать на это окружение точно так же, как и раньше. Вместо этого вмешательства и профилактические мероприятия должны быть направлены на изменение окружения ребенка и на решение первоочередных социальных проблем. Модель подкрепления предлагает эффективные инструменты, с помощью которых мы можем решать проблемы, связанные с антисоциальным поведением.

Выражение признательности

Этот проект был поддержан грантом DA 07031 Национального института проблем злоупотребления наркотиками (National Institute on Drug Abuse — NIDA) и грантом Национального института здоровья (National Institutes of Health) для второго автора, грантом MH 46690 от Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health) для Gerald R. Patterson, PhD, и грантом MH 37940 Национального института психического здоровья для John B. Reid, PhD. Выражаем благодарность семьям и персоналу NIDA, OYS и PIRC за их участие в этом проекте и Ann Simas за помощь в редактировании работы и оформлении графических материалов.

ЛИТЕРАТУРА

Abramovitch, P., Carter, C., Pepler, DJ. & Stanhope, L. (1986). Sibling and peer interaction: a final follow-up and a comparison. *Child Development, 57,* 217–29.

Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-information correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101,* 213–32.

Akers, R.L. (1973). *Deviant Behavior: A Social Learning Perspective.* Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Anderson, E.R., Hetherington, E.M., Reiss, D. & Howe, G. (1994). Parents' nonshared treatment of siblings and the development of social competence during adolescence. *Journal of Family Psychology, 8,* 303–20.

Arnold, J.E., Levine, A.G. & Patterson, G.R. (1975). Changes in sibling behavior following family intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 683–8.

Aultman, M.G. (1980). Group involvement in delinquent acts: a study of ofiense types and male-female participation. *Criminal Justice and Behavior, 7,* 185–92.

Bandura, A. (1973). Social learning theory of aggression. In J.F. Knutson (Ed.), *The Control of Aggression* (pp. 201-50). Chicago: Aldine.

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development,* (Vol. 6, pp. 1–60). Greenwich, CT: JAI Press.

Bardone, A.M., Moffitt, T., Caspi, A. & Dickson, N. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psycho-pathology, 8,* 811–29.

Bernal, M.E., Delfini, L.F., North, J.A. & Kreutzer, S.L. (1976). Comparison of boys' behaviors in homes and classrooms. In E.J. Mash, L.A. Hamerlynck & L.C. Hardy (Eds.), *Behavior Modification and Families* (pp 125–39). New York: Brunner/Mazel.

Biglan, A., Duncan, T.E., Ary, D. & Smolkowski, P. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. *Journal of Behavioral Medicine, 18,* 315–30

Boivin, M., Dodge, K.A. & Coie, J D. (1995). Individual-group behavioral similarity and peer status in experimental playgroups of boys: the social misfit revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69.* 269–79.

Boivin, M. & Vitaro, F. (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: inhibition through coercion or promotion through peer support. In J. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives* (pp. 183–97). New York: Cambridge University Press.

Burgess, R.L. & Akers, R.L. (1966). A differential association reinforcement theory of criminal behavior. *Social Problems, 14,* 128–47.

Cairns, R.B., Cadwallader, T.W., Estell, D. & Neckerman, H. (1997). Groups to gangs: developmental and criminological perspectives and relevance for prevention. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 194–204) New York: John Wiley & Sons.

Cairns, R.B , Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S.D. & Gariepy J. (1988). Social networks and aggressive behavior· Peer support or peer rejection. *Developmental Psychology, 24,* 815–23.

Charlebois, P., Tremblay, R.E , Gagnon, C., Larivee, S. & Laurent, D. (1989). Situational consistency in behavioral patterns of aggressive boys· methodological considerations on observational measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11,* 15–27.

Coie, J.D., Belding, M. & Underwood, M. (1988). Aggression and peer rejection in childhood. In B.B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Psychology,* (Vol. 11, pp. 38–57). New York Plenum Press.

Coie, J D. & Dodge, K.A. (1988). Multiple sources of data on social behavior and social status in the school. across-age comparison. *Child Development, 59,* 815–29.

Coie, J.D. & Kupersmidt, J B. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys groups. *Child Development, 54,* 1400–16.

Conger, K.J. & Conger, R.D. (1994). Differential parenting and change in sibling differences in delinquency. *Journal of Family Psychology, 8,* 287–302.

Conger, R.D., Conger, K.J., Elder, G.H.,Jr., *et al.* (1993). Family economic stress and adjustment of early adolescent girls *Developmental Psychology, 29,* 206–19

Conger, R.D., Patterson, G.R. & Ge, X. (1995). It takes two to replicate· a mediational model for the impact of parents' stress on adolescent adjustment. *Child Development, 66,* 80–97.

Crane, J. (1991). The epidemic theory of ghettos and neighborhood effects on dropping out and teenage childbearing. *American Journal of Sociology, 100,* 1226–59.

Dishion, T.J. (1987). *A developmental model for peer relations: Middle childhood correlates and one-year sequelae.* PhD dissertation. University of Oregon, Eugene, OR.

Dishion, T.J. (1990). The family ecology of boys' peer relations in middle childhood. Child *Development, 61,* 874–92.

Dishion, T.J. & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psyhiology, 63,* 538–48.

Dishion, T.J., Capaldi, D., Spracklen, K.M. & Li, F. (1995fl). Peer ecology of male adolescent drug use. *Development and Psychopathology, 7,* 803–24.

Dishion, T.J., Eddy, J.M., Haas, E., Li, F. & Spracklen, K.M. (1997). Friendships and violent behavior during adolescence. *Social Development, 6,* 207–25.

Dishion, T.J., French, D.C. & Patterson, G.R. (1995t>). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Vol. 2: Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 421–71). New York, NY: John Wiley & Sons.

Dishion, T.J., Gardner, K., Patterson, G.R., Reid, J.R., Spyrou, S. & Thibodeaux, S. (1983). *The Family Process Code: A Multidimensional System for Observing Family Interaction.* Unpublished technical report. (Available from Oregon Social Learning Center, 160 East 4th Avenue, Eugene, OR 97401-2426.)

Dishion, T.J. & Kavanagh, K. (in press). *Adolescent Problem Behavior: An Intervention and Assessment Sourcebookfor Working with Families in Schools.* New York, NY: Guilford Press.

Dishion, T.J., Kavanagh, K. & Kiesner, J. (in press *a).* Prevention of early adolescent substance use among high-risk youth: A multiple gating approach to parent intervention. In R.S. Ashery (Ed.), *Research meeting on drug abuse prevention through family interventions.* NIDA Research Monograph.

Dishion, T.J., Kavanagh, K. & Rao, S. (in press *b*). A selected intervention for family change. In T.J. Dishion &: K. Kavanagh (Eds.), *Adolescent Problem Behavior: A Family-Centered Intervention and Assessment Sourcehook.* New York, NY: Guilford Press.

Dishion, T.J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54,* 755–64.

Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1997). The timing and severity of antisocial behavior: Three hypotheses within an ecological framework. In D. Stoff,J. Breiling &J. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 205–17). New York: John Wiley & Sons.

Dishion, T.J., Patterson, G.R. & Griesler, P.C. (1994). Peer adaptation in the development of antisocial behavior: A confluence model. In L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives* (pp. 61–95). New York, NY: Plenum Press.

Dishion, T.J., Spracklen, K.M., Andrews, D.W. & Patterson, G.R. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior Therapy, 27,* 373–90.

Dodge, K.A. (1983). Behavioral antecedents: a peer social status. *Child Development, 54,* 1386–99.

Dodge, K.A. & Coie, J.D. (1987). Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1146–57.

Dodge, K.A., Lochman, J.E., Harnish, J.D. & Bates, J.E. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 37–51.

Flicker, J., Englund, M. & Sroufe, L.A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R.D. Parke & G.W. Ladd (Eds.), *Family-Peer Relationships: Modes of Linkage* (pp. 77–106). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Elliott, D., Huizinga, D. & Ageton, S. (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use.* Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Fagot, B.I. & Leve, L.D. (1998). Teacher ratings of externalizing behavior at school entry for boys and girls: similar early predictors and different correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,* 555–66.

Farrington, D.P. (1978). The family backgrounds of aggressive youths. In L.A. Herson, M. Berger & D. Shatter (Eds.), *Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence* (pp. 73–93). Oxford: Pergamon Press.

Farrington, D.P. & West, D.J. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: risk and protective factors and early identification. *Criminal Behaviour and Mental Health, 3,* 492–523.

Farver, J.M. (1996). Aggressive behavior in preschoolers' social networks: do birds of a feather flock together? *Early Childhood Research Quarterly, 11,* 333–50.

Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1996). The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile offending. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 205–21.

Forgatch, M.S. (1984). *A two-stage analysis of family problem-solving: global and microsocial.* PhD dissertation. University of Oregon, Eugene, OR.

Forgatch, M.S. (1991). The clinical science vortex: Developing a theory for antisocial behavior. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 291–315). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Forgatch, M.S., Patterson, G.R. & Skinner, M.L. (1985). A mediational model for the effect of divorce on antisocial behavior in boys. In E.M. Hetherington & J.D. Arasteh (Eds.), *Impact of Divorce, Single Parenting and Step-parenting on Children* (pp. 135–54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

French, D.C. & Waas, G.A, (1987). Social-cognitive and behavioral characteristics of peer-rejected boys. *Professional School Psychology, 2,* 103–12.

French, D.C., Conrad, J. & Neill, S. (1991, April). Social *adjustment of antisocial and nonaittisocial early adolescents.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA.

Gardner, F.E.M. (1989). Inconsistent parenting: Is there evidence for a link with children's conduct problems? *Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 223–33.

Gendreau, P., Madden, P. & Leipciger, M. (1979). Norms and recidivism for first incarcerates; implications for programming. *Canadian Journal of Criminology, 21,* 416–41.

Gold, M. (1970). *Delinquent Behavior in an American city.* San Francisco: Brooks and Coleman.

Keenan, K. Loeber, R., Zhang, Q., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W.B. (1995). The influence of deviant peers on the development of boys' disruptive and delinquent behavior: a temporal analysis. *Development and Psychopathology, 7,* 715–26.

Koller, K. & Gosden, S. (1984). On living alone, social isolation and psychological disorder. *Australian and New Zealand Journal of Sociology, 20,* 81–92

Kupersmidt, J.B., DeRosier, M.E. & Patterson, C.P. (1995). Similarity as the basis for children's friendships: the roles of sociometric status, aggressive and withdrawn behavior, academic achievement and demographic characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships, 12,* 439–52.

Lewin, L.N., Hops, H., Davis, B. & Dishion, T.J. (1993). Multimethod comparison of similarity in school adjustment of siblings in unrelated children. *Developmental Psychology, 29,* 963–9.

Loeber, R. (1982). The stability of antisocial and delinquent child behavior: a review. *Child Development, 53,* 1431–46.

Loeber, R. (1988). Behavioral precursors and accelerators of delinquency. In W. Buikhuisen *et al.* (Eds.), *Explaining Criminal Behaviour: Interdisciplinary Approaches* (pp. 51–67). Leiden, Netherlands: E.J. Brill.

Loeber, R. & Dishion, T.J. (1983). Early predictors of male delinquency: a review. *Psychological Bulletin, 94,* 68–98.

Loeber, R. & Dishion, T.J. (1984). Boys who fight at home and school: family conditions influencing cross-setting consistency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 759–68.

Mandelzys, N. (1979). Correlates of offense severity and recidivism probability in a Canadian sample. *Journal of Clinical Psychology, 35,* 897–907.

McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1477–86.

McCord, J. (1992). The Cambridge-Sommerville Study: a pioneering longitudinal-experimental study of delinquency prevention. In J. McCord & R. Tremblay (Eds.), *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth to Adolescence* (pp. 196–209). New York: Guilford Press.

McCord, W., McCord, J. & Howard, A. (1961). Familial correlates of aggression in nondelinquent male children. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 62,* 79–93.

McDowell, JJ. (1988). Matching theory in natural human environments. *Behavior Analyst, 11,* 95–109.

McGuire, S., Dunn, J. & Plomin, R. (1995). Maternal differential treatment of siblings and children's behavioral problems: a longitudinal study. *Development and Psychopathology, 7,* 515–28.

McLeod, J.D. & Shanahan, M.J. (1996). Trajectories of poverty and children's mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 37,* 207–20.

Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61,* 455–61.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life course persistent antisocial behavior: developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N. & Silva, P. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology, 8,* 399–424.

Moore, D., Chamberlain, P. & Mukai, L. (1979). Children at risk for delinquency: a follow-up comparison of aggressive children and children who steal. *Journal of Abnormal Child Psychology, 7,* 345–55.

Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. *Psychological Bulletin, 86,* 852–75.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G.R. (1983). Stress: a change agent for family process. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, Coping, and Development in Children* (pp. 235–64). New York: McGraw-Hill.

Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41,* 432–44.

Patterson, G.R. (1995). Coercion as a basis for early age of onset for arrest. In J. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives* (pp. 81–105). New York: Cambridge University Press.

Patterson, G.R. (1996). Some characteristics of a developmental theory for early onset delinquency. In M.F. Lenzenweger & J.J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of Developmental Psychopathology* (pp. 81–124). New York: Oxford University Press.

Patterson, G.R. & Bank, L. (1989). Some amplifying mechanisms for pathologic processes in families. In M.R. Gunnar & E. Thelen (Eds.), *Systems and Development: The Minnesota Symposia on Child Psychology,* (Vol. 22, pp. 167–209). Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Patterson, G.R., Capaldi, D.M. & Bank, L. (1991). An early starter model predicting delinquency. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 139–68). Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Patterson, G.R. & Dishion, T.J. (1985). Contributions of families and peers to delinquency. *Criminology, 23,* 63–79.
Patterson, G.R., Dishion, T.J. & Bank, L. (1984). Family interaction: a process model of deviancy training. *Aggressive Behavior, 10,* 253–67.
Patterson, G.R., Littman, R.A. & Bricker, W. (1967). Assertive behavior in children: a step toward a theory of aggression. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 32(5).*
Patterson, G.R. & Reid, J.B. (1984). Social interactional processes within the family: the study of moment-by-moment family transactions in which human social development is embedded. *Journal of Applied Developmental Psychology, 5,* 237–62.
Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, TJ. (1992). *A Social Incoming Approach. IV. Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
Patterson, G.R. & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development, 55,* 1299–1307.
Patterson, G.R. & Yoerger, K. (1997). A developmental model for late-onset delinquency. In W.D. Osgood (Ed.), *Motivation and Delinquency* (pp. 119–77). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
Poulin, F. & Boivin, M. (2000). The formation and development of friendship in childhood: the role of proactive and reactive aggression. *Developmental Psychology,* in press.
Poulin, F., Cillessen, A.H.N., Hubbard, J.A. & Coie, J.D. (1997). Children's friends and behavioral similarity in two social contexts. *Social Development, 6,* 224–36.
Quay, H.C. (1964). Dimensions of personality in delinquent boys as inferred from the factor analysis of case history data. *Child Development, 35,* 479–84.
Rao, S. (1998). *An evaluation of the family Check-Up with high risk young adolescents.* PhD dissertation, University of Oregon, Eugene, OR.
Reiss, D., Hetherington, M., Plomin, R., *et al.* (1995). Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry, 52,* 925–36.
Robins, L.N. (1966). *Deviant Children Grow Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins Company.
Rutter, M. (1981). The city and the child. *American Journal of Orthopsychiatry, 51,* 610–25.
Scarr, S. & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: a theory of genotype to environment effects. *Child Development, 54,* 424–35.
Simons, R.L., Wu, C., Conger, R.D. & Lorenz, P.O. (1996). Two routes to delinquency: Differences between early and late starters in the impact of parenting and deviant peers. *Criminology, 32,* 247–74.
Snyder, J., Edwards, P., McGraw, K., Kilgore, K. & Holton, A. (1994). Escalation and reinforcement in mother-child conflict: Social processes associated with the development of physical aggression. *Development and Psychopathology, 6,* 305–21.
Snyder, J., Horsch, E. & Childs, J. (1997fl). Peer relationships ofyoung children: affiliative choices and the shaping of aggressive behavior. *Journal of Child Clinical Psychology, 26,* 145–56.
Snyder, J.J. & Patterson, G.R. (1995). Individual differences in social aggression: a test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy, 26,* 371–91.
Snyder, J., Schrepferman, L. & St. Peter, C. (1997*b*). Origins of antisocial behavior: negative reinforcement and affect dysregulation of behavior as socialization mechanisms in family interaction. *Behavior Modification, 21,* 187–215.
Snyder, J., West, L., Stockemer, V., Givens, S. & Almquist-Parks, L. (1996) A social learning model of peer choice in the natural environment. *Journal of Applied Developmental Psychology, 17,* 215–37.
Strayer, F.F. & Noel, J.M. (1986). The prosocial and antisocial functions of preschool aggression: an ethological study of triadic conflict among young children. In C. Zahn-Waxler, E.M. Cummings & R. Iannotti (Eds.), *Altruism and Aggression: Biological and Social Origins* (pp. 107–131). Cambridge: Cambridge University Press.
Vuchinich, S., Bank, L. & Patterson, G.R. (1992). Parenting, peers and the stability of antisocial behavior in preadolescent males. *Developmental Psychology, 28,* 510–21.
Wadsworth, M.E.J. (1979). *Roots of Delinquency: Infancy, Adolescence, and Crime.* Oxford: Robert-son.
Wasik, B.H. (1987). Sociometric measures and peer descriptors of kindergarten children: a study of reliability and validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 16,* 218–24.
West, D. & Farrington, D. (1977). *The Delinquent Way of Life.* London: Heinemann.
Wright, J.C., Giammarino, M. & Parad, H.W. (1986). Social status in small groups: individual-group similarity and the social 'misfit'. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 523–36.

11

Роль процессов восприятия и атрибуции в агрессии и поведенческих нарушениях

Gregory S. Pettit, Jodi A. Polaha и Jacquelyn Mize

Обработка информации и развитие поведенческих нарушений

В последние годы интенсивно изучаются аспекты социального познания и обработки социальной информации, поскольку исследователи и клиницисты заняты поиском основополагающих перцептивных и психических процессов, дающих начало агрессивному поведению и поведенческим расстройствам. Этот период изучения отделяют от проводимых ранее исследований систематические попытки интегрировать и синтезировать разные детали перцептуально-атрибутивной мозаики в когерентные модели, описывающие взаимодействие познания, эмоций и поведения. В этой главе мы не ставим перед собой цель создать еще одну синтетическую модель, наша задача — внимательно изучить последние исследования с точки зрения их соответствия современным моделям, а также определить, насколько появляющиеся сведения развивают доминирующие теории, противоречат им либо умалчивают о них. Мы в основном полагаемся на модель обработки социальной информации Dodge (Crick & Dodge, 1994; Dodge *et al* , 1986), поскольку из всех известных она отражает наиболее интегрированный взгляд.

Модель Dodge воспроизводит последовательную серию ступеней в обработке информации в определенной социальной ситуации. Полагают, что эти эвристические в общем компоненты характерного способа перцепции (восприятия), решения проблем и оценки ведут к активации особой ответной реакции или набора ответных реакций. По-видимому, вариации этих паттернов активации извлекаемых социальных сигналов объясняют характерные для конкретного индивида реакции в разных ситуациях и реакции разных индивидов в одинаковых ситуациях (Dodge, 1993). В начале последовательности ступеней обработки информации находятся компоненты, которые определяют перцептивное кодирование социальной информации и придание значения (смысла) закодированным сигналам, включая оценки и приписывание мотивов и намерений социальным партнерам. Эти два компонента — перцепция и атрибуция — находятся в фокусе внимания этой главы. Поскольку подробные итоговые описания этих вопросов в исследовательской литературе были опубликованы в начале 1990-х годов (см. Crick & Dodge, 1994; Dodge & Feldman, 1990), мы преимущественно рассмотрим исследования, проводившиеся в конце этого периода. Однако мы комментируем и ранние исследования, наиболее значимые для понимания связей между восприятием социальных сигналов, атрибуциями, агрессией и поведенческими расстройствами.

Обзор моделей обработки социальной информации и социального познания

Начало 1980-х годов ознаменовалось формированием интегративных моделей и теорий обработки социальной информации, выдвинувших ряд проверяемых гипотез о роли сознательных и бессознательных ментальных операций при дезадаптивном социальном поведении детей (Dodge *et al.*, 1986; Huesmann, 1988; Rubin & Krasnor, 1986). Авторы этих теорий пытались описать ментальные процессы, непосредственно ответственные за проявление дезадаптивного поведения. Теории были интегративными в том смысле, что в них объяснялись несколько когнитивных сфер. Они были синтетическими, поскольку собрали вместе идеи и концепции, отражающие разнообразные взгляды на социально-психологические процессы и на обработку социальной информации. Каждая теория предусматривала серию ступеней обработки внешних и внутренних источников информации, начиная с приема определенной информации (восприятие социальных сигналов), проходя стадию оценки (приписывание намерений окружающим) и завершая принятием определенного решения или выполнением действия. Согласно этим моделям, чтобы понять, почему ребенок в определенной ситуации (когда дразнят) реагирует определенным образом (дерется), следует попытаться определить, как ребенок воспринимал ситуацию, виды атрибуций, которые он создавал в отношении этой ситуации, и как эти перцепции и атрибуции побуждают его к определенному типу поведенческой реакции. Полагают, что поведенческие ответные реакции, которые считаются неэффективными, агрессивными или в иной форме проблемными, — следствие поведенческих дефицитов и предубеждений, возникших на одной или на нескольких ступенях последовательности обработки социальной информации.

Первая ступень в модели обработки социальной информации Dodge (Crick & Dodge, 1994; Dodge *et al.*, 1986) — это кодирование, задача которого — перцептивное исследование внешней среды с акцентом на значимых социальных сигналах, а также сохранение информации о сигналах в кратковременной памяти. Поскольку набор стимулов обычно комплексный и потенциально непомерный, индивид учится избирательно обращать внимание на определенные характеристики за счет других характеристик, чтобы реагировать более эффективно. Например, в ситуации, когда ребенка провоцирует сверстник, намерения которого неясны, как дефицитарные нарушения (неспособность кодировать смягчающие сигналы), так и искажения (избирательное внимание к враждебным сигналам) в кодировании могут вызвать агрессивную ответную реакцию.

Следующие ступени — ментальная репрезентация закодированных сигналов и определение их значения, особенно в отношении намерений и потенциальных угроз для самости со стороны других. Индивид сохраняет в памяти значимую интерпретацию стимулов, а не буквальную и специфическую (т. е. иконическую) репрезентацию стимулов (Dodge, 1993). Применяемые значения (смыслы) обязательно соотносят набор стимулов с эмоциональными потребностями и целями индивида (Crick & Dodge, 1994). Было показано, что интерпретации сильно связаны с особенностями реагирования индивида на событие (например, агрессивный ответный удар более вероятен в том случае, если индивид интерпретирует сигналы как угрожающие по сравнению с добрыми; Dodge, 1980). Это означает, что как враждебные атрибутивные предубеждения (термин, предложенный Nasby и соавторами, 1979), так и ошибки (например, ошибочная

интерпретация сигнала явно доброжелательного поддразнивания как злого) могут повысить вероятность агрессивной ответной реакции.

Далее идут такие ступени (подробно не освещаются в этой главе): индивид ментально генерирует одну или несколько потенциальных поведенческих реакций в ответ на интерпретируемые сигналы, оценивает вероятный эффект реакции и то, насколько он чувствует себя способным проявить ее, затем реализует поведенческое действие, наблюдает его эффекты и вносит соответствующие корректировки. Как отмечалось, вариации в обработке на этих ступенях коррелируют с паттернами кодирования и интерпретации, происходящими ранее в последовательной модели (например, воспринятая угроза вызывает ответный агрессивный удар как жизнеспособный вариант реакции). Однако сила этих связей, как правило, невелика. Фактически ступени обработки, по-видимому, в какой-то мере независимы друг от друга, как было документально подтверждены в исследованиях, в которых оценки разных ступеней модели обработки информации дали значимый дифференцированный приростный прогноз агрессивного поведения (Dodge *et al.*, 1986; Slaby & Guerra, 1988; Waldman, 1996).

Вопросы концептуализации и измерения процессов восприятия и атрибуции

Скрытые (латентные) структуры в сравнении с обработкой информации в реальном времени

Вполне возможно, что модели обработки социальной информации отражают более проксимальные ментальные операции, которые ассоциируются с поведенческим реагированием. Как таковые, эти модели позволяют описать, как определенное поведение проявляется, а не почему оно проявляется (Dodge, 1993). Вопрос «почему» лучше рассматривать, исследуя влияние раннего опыта на конструкцию устойчивых ментальных структур (иногда называемых структурами скрытых знаний), которые, в свою очередь, влияют на обработку будущих социальных сигналов. Полагают, что эти скрытые структуры более отдалены (дистальны) от реального поведенческого реагирования, но предназначены для управления обработкой информации в реальном времени, которая является более близкой (проксимальной) причиной поведенческого реагирования. Хотя много теоретических оценок процессов восприятия и атрибуции в социальном поведении и приспособлении позволяют предполагать наличие устойчивых скрытых структур, отмечаются значительные вариации в их описании и осмыслении.

Теория привязанности дает одно объяснение природы этих скрытых структур. В соответствии с этой теорией считается, что динамические ментальные репрезентации взаимоотношений, известные как внутренние рабочие модели, берут начало из ранних социальных взаимодействий детей с теми, кто занимается их воспитанием. (Данные об эмпирических связях между историей привязанности и процессами восприятия и атрибуции обсуждаются в следующем разделе.) Сторонники теории привязанности считают, что рабочие модели «обеспечивают правила..., которые позволяют или ограничивают доступ индивида к определенным формам знания» (Main *et al.*, 1985; p. 77) и таким образом влияют на интерактивный процесс способом, вызывающим

согласованность между восприятиями, атрибуциями и рабочей моделью индивида. Другими словами, считается, что лица с «безопасными» моделями воспринимают себя и других, запоминают более положительные события и характеристики других во время социального взаимодействия и чаще создают добрые атрибуции, тогда как индивиды с «небезопасными» моделями видят и запоминают более отрицательные характеристики и события и чаще создают более враждебные атрибуции (Belsky *et al.*, 1996; Suess *et al.*, 1992).

Когнитивная социальная психология предлагает альтернативные точки зрения и альтернативную номенклатуру для описания скрытых структур, сдерживающих обработку информации. В отличие от исследований, выполненных в традиции теории привязанности, социально-психологическая литература предлагает более высокую специфичность механизмов и множество эмпирических доказательств того, как скрытые структуры направляют обработку информации. Считают, что обобщенные ментальные репрезентации прошлого опыта, часто упоминаемые как сценарии поведения («скрипты») (Shank & Abelson, 1977), схема отношений (Baldwin, 1992) или конструкты социальных концепций (Higgins & Bargh, 1987), облегчают понимание событий и управляют восприятиями, атрибуциями и поведением. Люди различаются по типу и доступности их социальных конструктов, и у некоторых индивидов конструкты, связанные с агрессией и враждебностью, сильно развиты и легкодоступны. Когниции (например, атрибуции враждебности) и формы поведения, согласующиеся со схемой или с конструктом, начинают действовать, когда определенная схема возбуждена или активирована. Например, ребенок может иметь схему «дружелюбного буянства» и схему враждебных столкновений со сверстниками. Какая именно схема будет доступна в момент, когда сверстник хватает ребенка сзади, отчасти зависит от недавних средовых и внутренних сигналов или событий, потому что у индивида более вероятным будет доступ к схеме, которая согласуется с недавним событием или с аффектом, сопровождавшим событие. Таким образом, у ребенка, которого недавно дразнил сверстник, или разгневанного из-за конфликта с родителем, или недавно наблюдавшего насильственный эпизод по телевизору, более вероятен доступ к конструкту враждебности. Последующие перцепции и атрибуции, по-видимому, будут согласовываться с доступной схемой. Экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что схему можно активировать словами или мыслями, присутствовавшими в другой ситуации, имевшей место ранее, которые согласуются с активированной схемой (Bargh *et al.*, 1988; Higgins & Bargh, 1987).

Хотя все индивиды подвержены временным эффектам прайминга* (например, недавняя критика со стороны босса или плохое настроение делают враждебные и гневные схемы более доступными, тогда как слушание о добром поступке делает более доступными структуры доброжелательности), конструкты также могут стать хронически активированными или доступными. Они становятся постоянно доступными из-за повторяющихся проявлений социального поведения (например, враждебность, эгоизм, доброжелательность) в конкретных сферах. У детей может развиться постоянно доступный конструкт враждебности вследствие проживания в семье, в которой в случае неблагоприятных событий вина обычно приписывается другим (Graham & Hudley, 1994), либо родители приписывают ребенку враждебные намерения (Pettit *et al.*, 1988), либо в

* Прайминг (в психологии) — это активирование конкретных связей или ассоциаций в памяти непосредственно перед выполнением действия либо задания. Эти ассоциации часто рассматриваются как бессознательные.

той, где превалируют насилие и гнев (Coie & Dodge, 1998). Другими словами, постоянно доступные конструкты очень часто используются для интерпретации социального поведения даже в случае отсутствия недавнего прайминга, поэтому они, в сущности, все время пребывают «на самом верху», когда возникает потенциально подходящая для них ситуация. Постоянно доступные конструкты вступают в действие автоматически, непреднамеренно и неконтролируемо (Bargh *et al.*, 1988). Следовательно, у агрессивных детей враждебные схемы могут быть наиболее легко и регулярно доступны в ситуациях с потенциальной угрозой.

Данные о том, что агрессивные дети приобретают постоянно доступные конструкты враждебности (и что им нелегко противодействовать с помощью прайминга более доброжелательных конструктов), получены в экспериментальной работе Graham и Hudley (1994). Неагрессивные дети с такой же вероятностью, как и их агрессивные сверстники, начинают приписывать враждебность в неоднозначных провоцирующих ситуациях, когда они заранее «активированы» историями с героями, виновными в отрицательных событиях. Однако агрессивные дети не реже приписывали враждебные намерения в случае «активирования» историями, в которых герои не были виноваты в отрицательных событиях. Эти данные согласуются с представлением о том, что внешние события могут активировать доступ к конструктам враждебности даже у неагрессивных детей, однако агрессивные дети могут жить в состоянии, в котором враждебные конструкты постоянно активированы, легкодоступны и нелегко прерываются под воздействием более доброжелательных конструктов.

Скрытые (латентные) конструкты с точки зрения как теории привязанности, так и социально-когнитивной теории объясняют, каким образом дети становятся агрессивными. Тем не менее социально-когнитивные модели как потенциальные детерминанты структурных факторов учитывают более широкий диапазон переживаний (к примеру, подвергание насилию, родительское отношение) и позволяют глубже проникнуть в суть того, когда и как скрытые структуры влияют на обработку информации в реальном времени (Coie & Dodge, 1998).

Роль эмоций

Модели обработки социальной информации для адаптации подвергались критике за то, что в них слишком мало внимания уделяется эмоциям и их роли в социальном познании и социальном поведении (Gottman, 1986). Частично как ответная реакция на эту критику в недавние исследования по изучению обработки социальной информации более явно включали изучение эмоциональных элементов как ключевых ингредиентов. По мнению Crick и Dodge (1994), эмоции являются неотъемлемой частью каждой ступени обработки информации. Они включают восприятие, где эмоциональное возбуждение (например, учащение сердечных сокращений) может служить внутренним сигналом, который должен кодироваться, и атрибуцию, где эмоции могут влиять на интерпретацию ребенком определенной ситуации. К примеру, ребенок, который в начале встречи со сверстником испытывает гнев или тревогу, может переживать очень сильные эмоциональные реакции при последующей встрече с этим сверстником, эти реакции могут окрашивать интерпретации ребенком поведения сверстника. Трудно поддерживать внимание и эффективно перерабатывать информацию при физиологическом возбуждении из-за интенсивно переживаемых эмоций (например, учащение

сердцебиения, сопровождающее реакцию страха) (Thompson, 1994). Другие виды возбуждения (например, вызванные психоактивными веществами) могут изменить навык индивида создавать точные атрибуции. Более того, атрибуции сами по себе могут вызывать сильные эмоции — например, когда интерпретация поведения сверстника как враждебного вызывает чувство гнева или осторожность (Crick & Dodge, 1994).

До настоящего времени лишь отдельные исследователи изучали эмоциональные проявления и когнитивную обработку информации в одном и том же исследовании. В одной работе по исследованию одновременно этих двух процессов (Dodge & Somberg, 1987) было обнаружено, что индуцированное эмоциональное возбуждение способствует снижению эффективности обработки информации (т. е. усиливает склонность к искаженным атрибуциям), особенно у агрессивных детей. Тем не менее используемую парадигму индукции возбуждения нелегко вписать в современные технологии оценки регуляции эмоций и знаний (например, Eisenberg *et al.*, 1997). Требуются исследования, в которых будут использоваться тщательно разработанные и в методологическом плане независимые критерии регуляции эмоций и реактивности, лежащих в основе сопутствующих физиологических проявлений и социального познания.

Контекстуальные факторы

Связь между предвзятой обработкой информации, дефицитарными нарушениями и дезадаптивным поведением подчиняется ограничениям со стороны контекстуальных факторов, включая тип ситуации. Под ситуацией понимают окружающую обстановку или контекст, в котором дети могут испытывать трудности в общении. К примеру, некоторым детям бывает трудно получить доступ к группе уже играющих сверстников. У других детей могут возникать проблемы, когда сверстник их раздражает или докучает им. Эти два вида ситуаций, называемых соответственно доступом к группе сверстников и ответной реакцией на провокацию, по-видимому, наиболее вызывающие для отвергнутых агрессивных детей (Dodge & Feldman, 1990). Было обнаружено, что оценки обработки социальной информации детьми в ситуациях доступа к играющим сверстникам значимо связаны с реальным поведением детей в аналогичных ситуациях, но не в ситуациях провоцирующего типа. Было обнаружено, что обработка информации в отношении провоцирующей ситуации прогнозирует реальное поведение ребенка в ситуациях, когда имеет место провокация, но не в случае доступа к группе (Dodge *et al.*, 1986). Это свидетельствует о том, что ситуационные факторы могут быть важными детерминантами связи между обработкой информации и поведением.

Были изучены характеристики конкретного ребенка как возможного ситуационного фактора в обработке социальной информации. Стандартный метод оценки предусматривает использование гипотетических, обобщенных сверстников (к примеру, «вообразите, что этот ребенок в вашем классе...») в качестве мишеней с тем, чтобы позволить детям использовать свои прошлые переживания и ожидания как основу для реагирования. Но когда характеристики мишени постоянно видоизменяются (например, мишенью выбран реальный одноклассник, известный как агрессивный ребенок), происходят прогнозируемые изменения в обработке информации (например, поведение агрессивного сверстника интерпретируется в более неблагоприятном свете) (Dodge & Frame, 1982). Однако создается впечатление, что характеристики мишени не взаимодействуют с уровнем дезадаптации, поэтому неясно, улучшает ли детализация инфор-

мации о мишени понимание связи между обработкой информации и социальной и поведенческой адаптацией (Crick & Dodge, 1994).

Гетерогенность групп в зависимости от исходов

Успехам в изучении связей между перцептуально-атрибутивными процессами и социальной и поведенческой дезадаптацией препятствовала неоднозначность типов прогнозируемых исходов. В большинстве исследований по изучению обработки социальной информации рассматривались различия между типичными нормальными детьми и достаточно экстремальными группами проблемных детей. Последние группы состояли из отверженных (по социометрическим данным) детей, перенесших физическое насилие, агрессивных, детей с нарушениями поведения и находящихся под стражей детей и подростков (Coie & Dodge, 1998). Относительно мало исследований проведено на неклинических (или недевиантных) выборках, поэтому нормативно-возрастные колебания в особенностях обработки социальной информации в детские годы неясны. Однако, по крайней мере в одном исследовании, было показано, что индивидуальные различия в обработке информации могут прогнозировать социальное поведение в простых выборках мальчиков и девочек школьного возраста (Dodge & Price, 1994).

Сравнивая паттерны обработки информации у детей с разными видами дезадаптации, исследователи надеются, что смогут определить, какие аспекты обработки информации характерны для девиантности в целом (например, слабые навыки кодирования могут повышать вероятность разного вида антисоциальных последствий), а какие специфичны для определенных расстройств (например, чрезмерная бдительность к воспринимаемым угрозам для самости может вызывать склонность проявлять гневную реактивную агрессию, а не активную (проактивную), конструктивную). Однако в целом до сих пор мало эмпирических работ было посвящено использованию оценок восприятия и атрибуции с тем, чтобы разграничивать детей с разными проявлениями проблемного поведения. В следующем разделе мы предлагаем детальный разбор эмпирических данных о связи «обработка информации–исход» с описанием специфичности такой связи. Здесь мы бы хотели вкратце рассмотреть вопросы, касающиеся коморбидности и возраста начала проблемного поведения.

В отношении коморбидности установлено, что поведенческие расстройства часто коварьируют с другими типами нарушений поведения, в особенности с интернализованными (Bates *et al.*, 1995) и с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания (Hinshaw, 1987). На основе данных доступной литературы невозможно определить, в какой степени демонстрируемые агрессивными детьми перцептуально-атрибутивные паттерны являются нетипичными по сравнению с характерными для общего синдрома поведенческой дисфункции. Quiggle и коллеги (1992) обнаружили, что депрессивные дети демонстрировали депрессогенный стиль атрибуций (т. е. они приписывали неблагоприятные события внутренним, стабильным и глобальным причинам), в то время как агрессивные — нет. Однако и депрессивные, и агрессивные дети демонстрировали враждебное атрибутивное искажение. Возможно, как рассуждают Quiggle и соавторы (1992), искаженные восприятия и атрибуции типичны как для агрессивных, так и для депрессивных детей, но агрессивные дети чаще видят причину события во внешней по отношению к себе среде, тогда как депрессивные дети, возможно, чаще видят причину в себе. Интересно отметить, что группе с сочетанными расстройствами демонстриро-

вали дети паттерны обработки информации, характерные как для агрессивных, так и для депрессивных детей. Необходимо провести исследования в этом направлении, чтобы выяснить специфичность и частичное совпадение процесса обработки информации у детей с «чистым» типом поведенческой дезадаптации в сравнении с ее коморбидными типами.

Паттерны обработки информации в зависимости от возраста начала поведенческих расстройств исследовались еще реже. Фактически ни в одном исследовании не проводилось четкое сравнение паттернов восприятия и атрибуций у детей с разными профилями появления и постоянства поведенческих расстройств. Тем не менее можно было бы ожидать, что раннее начало расстройства будет сильнее конвергировать с враждебными, реактивными формами агрессии, тогда как расстройства, ограниченные подростковым возрастом, возможно, сильнее конвергируют с проактивными формами агрессии. Это предположение, по-видимому, можно считать обоснованным, поскольку известно, что расстройства с ранним началом более устойчивые в процессе развития, более тесно связаны с ранними травмами социализации и ассоциируются с более широким спектром сопутствующих и последующих нарушений адаптации по сравнению с поведенческими расстройствами, ограниченными подростковым периодом (Coie & Dodge, 1998). Поступали сообщения о сопоставимых паттернах соответственно у детей с реактивной и активной агрессией (Dodge *et al.*, 1997). Поскольку реактивная агрессия связана с ранними нарушениями обработки информации (например, искаженные атрибуции), а проактивная — с поздними нарушениями обработки информации (например, положительная оценка вероятных последствий агрессии), можно предполагать, что у детей с ранним началом поведенческих расстройств недостаточно развиты процессы восприятия и атрибуции, тогда как у детей с расстройствами, ограниченными подростковым периодом, возможны определенные паттерны принятия решений и способы решения проблем — особенно в отношении взрослых авторитетных фигур — в рамках модели обработки социальной информации.

Агрегация форм поведения как фактор прогнозирования

Dodge (1993) утверждал, что на уровне единичного события паттерны обработки информации теоретически должны объяснять все различия в поведении (поскольку обработка информации описывает то, как происходит поведение) несмотря на ошибки измерений. Но на уровне паттернов обработки информации и паттернов реагирования корреляция обязательно будет слабее из-за варьирующейся степени присутствия контекстуальных факторов в разных ситуациях. Dodge (1993) иллюстрирует эту проблему измерения с точки зрения сравнительной точности прогнозирования, когда последствием будет категориальный психиатрический диагноз и когда последствие — показатель (в баллах) измеряемого признака, указывающий на присутствие клинического нарушения. Ряд форм проблемного поведения отражается в показателе типичного измеряемого признака. Например, обобщенный показатель (в баллах) экстернализованных поведенческих расстройств (Achenbach, 1985) включает агрессию, неуступчивость, скрытое антисоциальное поведение и сексуальное извращение. Зная, что разнообразные компоненты являются составляющими показателя (в баллах), маловероятно, что особенности обработки информации будут сильно коррелировать со смешанной шкалой. Другими словами, несмотря на то, что особенности обработки информации могли бы

достаточно точно прогнозировать некоторые индивидуальные виды поведения, которые в совокупности вносят вклад в высокую оценку поведения ребенка по признаку «экстернализация», в общем прогноз экстернализации обязательно будет слабее.

На категориальном уровне психопатологии ставится цель — определить совокупности видов поведения, демонстрирующих стабильность во времени и в разных ситуациях. Как отмечалось, получены отдельные данные о том, что связь особенностей обработки информации с поведением дает достаточно высокую степень специфичности ситуации. Другими словами, в одной ситуации паттерны обработки информации прогнозируют формы поведения, которые могут иметь место в ситуации такого же типа, но не в ситуациях другого типа (Dodge *et al.*, 1986). Это противоречит требованию категориальной психопатологии, в соответствии с которым поведение должно быть устойчивым в разных ситуациях. Объединение разных ситуаций, вероятно, снизит надежность психометрических показателей обработки информации, ослабляя таким образом корреляцию между обработкой информации и категориальным последствием. Смысл заключается в том, что наиболее сильные связи, по-видимому, обнаруживаются, когда паттерны обработки информации используются для прогнозирования отдельных поведенческих актов в конкретных ситуациях (Dodge & Price, 1994).

Краткое изложение исследовательских данных

Сейчас мы обратимся к исследованиям, в которых изучались процессы восприятия и атрибуции, связанные с поведенческой дезадаптацией, включая агрессию и проявления расстройства поведения. Мы фокусируемся больше на исследованиях, опубликованных в течение последних пяти лет; более ранние работы в этой области подробно освещались во многих других публикациях (Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1993; Dodge & Feldman, 1990).

Перцептивные процессы: кодирование социальных сигналов

Мало исследований касалось непосредственно изучения переменных, имеющих отношение к кодированию, в противоположность достаточно обширным исследованиям по изучению процессов интерпретации и атрибуций. При проведении обзора дошедших до наших дней исследований, который был опубликован в начале 1990-х годов, Crick и Dodge (1994) обнаружили только четыре, в которых изучалось взаимодействие социальной адаптации, кодирования и использования социальных сигналов у детей. В этих исследованиях основной подход состоял в том, что детям создавали гипотетические провокационные ситуации и сообщали о намерении сверстника в каждой из них. Например, Dodge и Tomlin (1987) обнаружили, что агрессивные дети по сравнению с неагрессивными использовали значительно меньше доброжелательных сигналов, больше полагались на возникшие позже сигналы, т. е. на сигналы недавних социальных взаимодействий, а не на ранние (эффект свежести), и чаще их интерпретация основывалась на информации, которая не была частью текущей ситуации, т. е. они, по-видимому, больше полагались на сложившиеся ранее схемы интерпретации ситуаций с провоцирующими поступками сверстников. Результаты другого исследования также свидетельствуют о

том, что агрессивные дети используют социальные сигналы в недостаточной мере, либо вследствие их чрезмерного внимания к враждебным знакам (Gouze, 1987), либо из-за того, что они употребляют меньше сигналов любого типа (Dodge & Newman, 1981).

На основании этих ранних сообщений Crick и Dodge (1994) выдвинули гипотезу о том, что у агрессивных и социально неадаптированных детей по сравнению с их более приспособленными сверстниками кодирование социальных сигналов ограничено вследствие (а) недостаточной памяти, что не позволяет им сохранять и воспроизводить в памяти полный спектр предъявленных в данный момент сигналов, (б) избирательного внимания к определенным типам социальных сигналов (т. е. к враждебным сигналам), (в) укоренившихся схем социальных ситуаций (т. е. постоянно активированных для интерпретации неоднозначных ситуаций как угрожающих), что нарушает способность (или склонность) обрабатывать и использовать доступную социальную информацию. После обзора Crick и Dodge (1994) было опубликовано очень мало новых исследований, в которых бы рассматривалось одно или несколько ограничений кодирования. Одна из причин такой малочисленности новых данных заключается в том, что наиболее распространенный подход к оценке недостаточности кодирования основывается на глобальных оценках точности или «значимости» кодирования детьми. В бльшинстве недавних исследований, проведенных Dodge, Pettit и коллегами (например, Dodge *et al.*, 1995), ребенку показывали специально подготовленные видеозаписи, демонстрирующие разные виды трудных социальных ситуаций. Эти ситуации варьировались в зависимости от «цели» (общение со сверстником, ведущим себя провокационно, реагирование на требования взрослой авторитетной фигуры) и кажущихся намерений ведущих действующих субъектов. Изменение намерений осуществлялось для того, чтобы четко изобразить враждебное поведение, явное положительное отношение или случайное поведение либо поведение с неоднозначными намерениями. Задача ребенка — просмотреть ситуацию на видео, а затем наиболее полно описать все запомнившиеся детали. Исходя из этих описаний ребенку присваивают баллы, показывающие, как ребенок кодирует значимые и незначимые детали продемонстрированной ситуации. В серии исследований Dodge и коллеги продемонстрировали, что агрессивные дети по сравнению с неагрессивными обладают меньшими навыками идентифицировать значимые детали демонстрируемых видео (Dodge *et al.*, 1990, 1995; Harrist *et al.*, 1997). Преимущество этой техники — возможность моделировать реальные жизненные ситуации, сложные социальные ситуации (т. е. представлять много действующих субъектов в естественной обстановке, подающих вербальные и невербальные сигналы). Недостаток этого метода состоит в том, что мало известно о процессах кодирования, происходящего в реальном времени (т. е. избирательного распределения внимания), которое может лежать в основе «незначимых» познаний. Кроме того, не исключается возможность, что во время выполнения задания «воспроизвести в памяти», используемого для оценки кодирования, ответы — включая описания предполагаемой значимости — могут быть искаженными из-за влияния интерпретаций, которые следуют после показа гипотетической сцены, или могут отражать основные когнитивные навыки.

Атрибутивные процессы: интерпретация социальных сигналов

Значительное количество исследований было посвящено изучению процессов атрибуции. В общем такие процессы можно описать в терминах атрибуций причинности

и атрибуций намерения (Crick & Dodge, 1994). То, как дети объясняют, почему событие произошло, может влиять на их возможную реакцию на это событие. Такого рода объяснения известны как каузальное мышление или каузальные атрибуции (Weiner & Graham, 1994). В большинстве исследований по изучению детских каузальных атрибуций фокусировались на объяснении событий детьми в ситуациях достижений (т. е. объяснения успеха или провала), гораздо меньше проведено исследований, в которых изучалось каузальное мышление в социальных ситуациях. При агрессии и поведенческих расстройствах исследование каузальных атрибуций имеет большое значение, поскольку такие атрибуции могут объяснить, как ребенок приходит к оценке поведения окружающих, а также к оценке самим собственных успехов и неудач в социальных взаимодействиях.

Было обнаружено, что дети, отвергнутые своими сверстниками, создают внешние атрибуции (например, «Я не ответственен за это») в случае положительных социальных последствий, их более принятым сверстникам свойственно создавать внутренние атрибуции в отношении таких же последствий (Aydin & Markova, 1979). Таким образом, тип атрибуций, создаваемых отвергнутыми детьми относительно положительных событий, может с большой вероятностью усугублять негативные самооценки. Данные о различиях в атрибуциях при неблагоприятных социальных последствиях менее ясны. Некоторые исследователи предполагают, что дети с низким статусом (по сравнению с детьми с высоким статусом) склонны винить себя в случае нежелательных социальных последствий (Goetz & Dweck, 1980), другие же полагают, что они видят причину неудач во внешних обстоятельствах (Crick & Ladd, 1993).

Обсуждаемое ранее исследование, проведенное Quiggle и коллегами (1992), является одним из немногих, в которых изучалась связь детской агрессивности с ее каузальными атрибуциями. Тогда как депрессивные дети демонстрировали четкий паттерн создания внутренних и стабильных атрибуций при неудаче, в реакциях агрессивных и неагрессивных детей не отмечалось существенного различия у детей. Одно из объяснений причин, почему агрессивные и отвергнутые дети не отличаются соответственно от их неагрессивных и от неотвергнутых сверстников по атрибуциям в случае социальной неудачи, состоит в том, что агрессивные и отвергнутые дети используют внешние атрибуции, которые выполняют функцию самозащиты. Таким образом, возможно, что агрессивные дети, подобно их неагрессивным сверстникам, объясняют неудачу внешними факторами, чтобы защититься от переживания дистресса или депрессивных симптомов.

У агрессивных детей широко изучались виды атрибуций о намерениях других индивидов в социальных ситуациях. Nasby и соавторы (1979) первыми описали эмпирические данные о связи между агрессивностью и искаженными атрибуциями. Склонность агрессивных детей в неоднозначных провоцирующих ситуациях оценивать намерения сверстников как враждебные впоследствии была продемонстрирована во многих исследованиях Dodge (Dodge, 1980; Dodge & Frame, 1982; Dodge *et al.* 1986) и других (Guerra & Slaby, 1989; Waas, 1988). Недавно появились сообщения о том, что такая связь может быть специфична для детей с реактивным, ответным стилем агрессивного поведения. Crick и Dodge (1996) проверяли гипотезу о том, что враждебные объяснительные искажения характерны для детей с реактивной агрессией, а не с проактивной. Стандартная процедура гипотетических сюжетов использовалась для оценки атрибуций. Как и предполагалось, группа детей с реактивной агрессией имела бо-

лее высокие показатели (в баллах) враждебных атрибуций, чем группа неагрессивных детей, хотя эта разница была очевидной только среди старших детей (5–6-е классы). Проактивная группа не отличалась от неагрессивной по враждебным атрибуциям. Эти сведения в целом согласуются с предположением, что дети, проявляющие высокий уровень гневных, ответных форм агрессии, склонны смещать интерпретации неоднозначных провокаций сверстников в сторону враждебных. Однако Dodge и коллеги (1997) не обнаружили доказательств в пользу враждебных атрибутивных тенденций среди детей с реактивной агрессией по сравнению с контрольными группами детей, хотя в первой группе все же была выявлена более выраженная недостаточность в кодировании (т. е. более низкие показатели (в баллах) «значимости»), чем в контрольных группах. Отсутствие согласованных данных в проведенных исследованиях частично может быть обусловлено использованием формата гипотетических сюжетов для оценки атрибуций намерений. Возможно, не удается «вытащить» из ребенка тот вид импульсивной, избирательной обработки информации, которая, как полагают, происходит одновременно с реактивно-агрессивными склонностями, поскольку этот метод требует, чтобы ребенок просматривал провоцирующие ситуации осознанно, преднамеренно. Если бы так обстояло дело, то современные методы могли бы оказаться нечувствительными к важным вариациям типов автоматической обработки описанного сценария поведения, которая предположительно и есть особой характерной чертой детей с высокой реактивностью (Crick & Dodge, 1996).

Роль импульсивности в кодировании и интерпретации подробно изучал Waldman (1996). Социально дезадаптированные (агрессивные и изолированные) и адаптированные мальчики школьного возраста сравнивались по нескольким стандартным показателям обработки социальной информации. После внесения поправки на невнимательность/импульсивность этот метод все равно показал значительное различие между агрессивными и неагрессивными мальчиками по ошибочному определению враждебных намерений (аналогичных враждебно-атрибутивным искажениям, которые исследовали Dodge и коллеги) и по умению распознавать враждебные и невраждебные намерения. Эти два последних показателя рассматривались как индикаторы враждебного перцептивного искажения. Не было различий в том, что Waldman (1996) называл общей социальной перцептивной недостаточностью, т. е. не было дифференцирования сигналов о невраждебных (т. е. случайных, просоциальных, неоднозначных и «едва присутствующих») намерениях. Из этих данных может следовать, что для агрессивных мальчиков более характерно враждебное социальное перцептивное искажение, а не общая социальная перцептивная недостаточность. Такое искажение нельзя объяснить индивидуальными различиями в импульсивности и отвлекаемости.

Прогнозирует ли ранний семейный опыт индивидуальные различия в обработке социальной информации?

В последние годы исследователи все больше стремятся описать этиологию социальной и поведенческой дезадаптации с точки зрения раннего опыта, скрытых структур знаний, искаженной обработки социальной информации и дефицитарных нарушений (Belsky *et al.*, 1996; Cassidy *et al.*, 1996; Dodge *et al.*, 1990; Pettit *et al.*, 1988). Одна

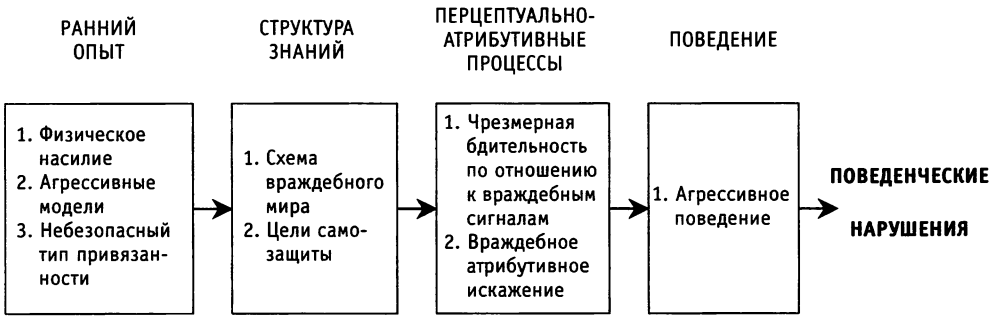


Рис. 11.1. Модель развития агрессии и проявлений расстройства поведения

версия такой модели (адаптировано из Dodge, 1993) отражена на рис. 11.1. В этой модели значимые переживания раннего периода жизни взаимодействуют с ограничениями памяти биологической природы и деятельностью нервной системы, создавая структуры обобщенных знаний. Эти структуры состоят из убеждений и ожиданий относительно социальных взаимодействий, а также из общих схем социальных взаимодействий, основанных на прошлом опыте. Когда индивид сталкивается с проблемной социальной ситуацией, структуры знаний ориентируют, как кодировать и интерпретировать сигналы в конкретной ситуации. Дефицитарные нарушения и предубеждения во время обработки информации могут обусловливать девиантное поведение; хроническое девиантное поведение может вести к диагнозу психического расстройства — «расстройство поведения».

В соответствии с этой моделью предполагается, что паттерны обработки информации будут опосредовать связь между ранним опытом (и относящимися к нему структурами знаний) и последующей психопатологией. В следующем разделе мы оценим, насколько эмпирические данные, приведенные в доступной литературе, согласуются с этим предположением. Прежде чем обратиться к вопросу о статистических переменных-медиаторах, рассмотрим исследования, касающиеся предшественников раннего опыта и коррелятов процессов восприятия и атрибуции. Во многих источниках описана роль плохого обращения (Dodge *et al.*, 1990), воздействия примеров агрессивного поведения (Bandura, 1973) и небезопасного типа привязанности (Belsky *et al.*, 1996) в развитии определенных стилей обработки социальной информации. Меньше литературы посвящено изучению связи между индивидом, обеспечивающим уход, и паттернами обработки информации у ребенка (MacKin-non-Lewis *et al.*, 1994; Pettit *et al.*, 1988).

Роль плохого обращения и физического насилия

Высказывалось предположение о том, что опыт плохого обращения ведет к формированию склонности к чрезмерной бдительности к враждебным сигналам и интерпретации неоднозначных провоцирующих стимулов как угрожающих, а намерений «провокаторов» как злоумышленных (Crittendon & Ainsworth, 1989). Учитывая то, что

ребенок, с которым плохо обращаются, воспитывается в окружении, для которого обычно характерны высокий уровень стресса, непоследовательное и неопределенное воспитание и угроза для самости, формирование такого рода защитных паттернов обработки информации вполне понятно. В нескольких исследованиях приведены данные о том, что неблагополучные дети (испытывающие жестокое обращение) по сравнению с благополучными демонстрируют многообразие дефицитарных изменений и искажений при обработке социальной информации. Например, Dodge и коллеги (1990) обнаружили, что неблагополучные дети отличались от своих сверстников как по кодированию сигналов (т. е. оценка «значимости» ниже), так и по атрибуциям относительно этих сигналов (т. е. интерпретация неоднозначного провоцирующего поведения сверстников как более враждебного). Эти данные впоследствии были подтверждены с привлечением второй когорты участников, оцениваемых с использованием такого же набора методик (Dodge *et al.*, 1995). В этом более позднем исследовании учитывались вмешивающиеся факторы детей (например, темперамент).

Модели агрессивного поведения

Появляются некоторые данные о том, что искаженная обработка социальной информации и дефицитарные нарушения связаны с чрезмерно интенсивными взаимодействиями в семье (Hart *et al.*, 1990; MacKinnon-Lewis *et al.*, 1994), агрессивностью родителя и одобрением агрессии как жизнеспособного способа разрешения конфликтов (Pettit *et al.*, 1988). Эти данные согласуются с представлением о когнитивном социальном научении (Bandura, 1973), в соответствии с которым дети усваивают установки на агрессивное поведение — включая перцептивный и атрибутивный процессы, поддерживающие агрессию, — частично под воздействием моделей агрессивного поведения, путем непосредственного подкрепления агрессивного поведения (и наблюдая подкрепление моделей агрессивного поведения), а также вследствие того, что их родители мирятся с агрессивным поведением или даже поощряют использование агрессивности в решении проблем.

Небезопасные типы привязанности

Понятие «внутренняя рабочая модель» занимает центральное место в определении роли безопасного типа привязанности в межличностной адаптации (Bretherton *et al.*, 1990; Main *et al.*, 1985). Как упоминалось ранее, внутреннюю рабочую модель можно истолковать как скрытую структуру знаний, которая берет начало из паттернов реагирования и чувствительности человека, обеспечивающего уход. Предполагают, что рабочая модель служит фильтром, через который должна проходить социальная информация. Информация фильтруется избирательно исходя из истории привязанности индивида. Несмотря на ее повсеместность как объяснение приобретенных связей между безопасным/небезопасным типом привязанности и значимыми последствиями развития (включая поведенческую адаптацию), получено мало эмпирических данных, подтверждающих реальное влияние рабочих моделей взаимоотношений со сверстниками. Однако недавние исследования Belsky и коллег (1996), а также Cassidy и коллег (1996) опираются непосредственно на эту идею.

Belsky и коллеги (1996) проверяли гипотезу о том, что у мальчиков внимание к эмоционально окрашенной информации и воспоминание о ней варьируются исходя из истории привязанности. Марионеточная техника использовалась для представления положительных и отрицательных событий, встроенных в серию рассказов. Предъявление каждого эмоционально окрашенного сигнала сопровождалось отвлекающим стимулом (ручной переключатель). Оказалось, что мальчики более отвлекаемы во время отрицательных стимулов, чем во время положительных, независимо от их истории привязанности. Мальчики с безопасным типом привязанности запоминали значительно больше положительных сигналов, тогда как мальчики с небезопасным типом привязанности — гораздо больше отрицательных. По мнению Belsky и коллег, поскольку формированию безопасного и небезопасного типов привязанности предшествуют различные стили заботы (доставляющий удовольствие / положительный в случае безопасности; доставляющий неудовольствие / отрицательный в случае небезопасности), последующее запоминание детьми эмоциональных сигналов, вероятно, будет соответствовать их раннему опыту. Это происходит вследствие того, что информация, совместимая с усвоенной схемой, по-видимому, заслуживает большего внимания и запоминается лучше, чем информация, не согласующаяся с усвоенной схемой. Данные Belsky и коллег, очевидно, согласуются с этим предположением, по крайней мере, в отношении запоминания мальчиками эмоционально окрашенных сигналов.

Cassidy и соавторы (1996) сообщили о трех не совсем связанных между собой исследованиях, в которых пытались определить связь между типами привязанности и особенностями обработки социальной информации детьми. В первом исследовании с детьми дошкольного возраста с известной историей привязанности проводили в устной форме стандартное интервью для оценки особенностей обработки социальной информации (взято из Dodge & Frame, 1982). Не было выявлено никаких различий в атрибуциях намерения в группах детей с безопасным и с небезопасным типами привязанности. Однако были обнаружены некоторые различия в поведенческих реакциях на события (например, дети из «небезопасной» группы чаще заявляли о том, что сверстник должен быть наказан). Во втором исследовании — дети были немного старше (детский сад и первый класс) — оценивались безопасный тип привязанности и «образы» сверстников (взято из интервью Dodge & Frame, 1982). У детей с безопасным типом привязанности по сравнению с детьми с небезопасным отмечались более спонтанные и положительные атрибуции в отношении поведения действующего субъекта (т. е. интерпретировали действие как случайное, а не как преднамеренное). Как и в первом исследовании, были выявлены различия в реакциях на провоцирование (т. е. менее отрицательное / агрессивное реагирование в случае безопасного типа привязанности). Третье исследование (дети доподросткового возраста) фокусировалось на изучении связи между восприятием воспитания и воспринимаемым намерением сверстников в гипотетических провоцирующих ситуациях. Воспринимаемое отвержение со стороны родителей, которое расценивалось как компонент отношений «родитель–ребенок», связанный с привязанностью, значимо коррелировало с воспринимаемым враждебным намерением со стороны сверстников. Таким образом, работа Cassidy и коллег (1996) в какой-то степени подтверждает статистическую связь между историей привязанности ребенка и процессами восприятия и атрибуции. Однако не совсем ясно, подтверждают ли данные Cassidy и коллег или Belsky и коллег теоретическую связь между внутренней рабочей моделью — скрытой структурой знаний, которая является производным

отношений привязанности, — и последующими паттернами обработки социальной информации. Исследователям трудно было разработать методы оценки скрытых структур, отличающихся от обычно используемых для оценки компонентов обработки социальной информации. Можно было бы утверждать, что вместо измерения отдельных конструктов исследователи попросту разработали альтернативные способы оценки паттернов обработки непосредственной информации.

Общность обработки информации родителями и ребенком

Интригующий вопрос, который, однако, не заинтересовал исследователей, состоит в том, отражается ли стиль обработки информации родителей в способе обработки социальной информации их ребенка. Возможно, что способы родителей мысленно представлять и реагировать на социальные ситуации лишь косвенно связаны с обработкой информации детьми, при этом «натаскивание» и указания родителей служат связующим звеном (Mize & Pettit, 1997). Однако возможно и то, что, наблюдая и слушая, как родители ведут себя в социальных ситуациях, ребенок усваивает определенное направление обработки социальной информации. MacKinnon-Lewis и коллеги (1994) у мальчиков школьного возраста провели оценку атрибуций намерений их матерей и у матерей этих мальчиков оценку атрибуций намерений сыновей в гипотетических неоднозначных провоцирующих ситуациях. Атрибуции детей и их матерей коррелировали незначимо, но агрессивность мальчиков по отношению к их матерям можно было прогнозировать по их атрибуциям враждебности матерей, а агрессивность матерей по отношению к сыновьям — по атрибуциям враждебных намерений матерей в отношении их сыновей.

Keane и коллеги (1990) также исследовали связь между атрибуциями намерений у детей и их матерей. Вариант процедуры Dodge и коллег (1986) для выявления намерений и социальных сигналов использовали популярные и отвергнутые (по социометрическим показателям) дети и их матери. Прогноз относительно того, что отвергнутые дети (и их матери) четко продемонстрируют враждебные искажения в сравнении с популярными детьми (и их матерями), не подтвердился ни у детей, ни у матерей. Количественные показатели распределения отразили достаточно высокий уровень конвергенции детской и материнской интерпретации намерений и сигналов, но в большинстве случаев это касалось враждебных сигналов. Взятые вместе, данные MacKinnon-Lewis и коллег (1994), а также Keane и коллег (1990) лишь очень слабо подтверждают гипотезу о том, что дети и их родители имеют общий стиль обработки социальной информации, по крайней мере, исходя из атрибуций в отношении поведения окружающих.

Опосредуют ли перцептивный и атрибутивный процессы связь между ранним опытом социализации и последующими проявлениями расстройства поведения?

Поскольку обработка социальной информации представлялась как проксимальный фактор проявления агрессии и поведенческих расстройств, исследователей все

более интересует вопрос, помогут ли процессы восприятия и атрибуции объяснить связь между ранним семейным и социальным опытом и поведенческой дезадаптацией ребенка. Другими словами, предполагается, что стили обработки информации служат механизмом, посредством которого устанавливается связь между ранним опытом и последующей агрессивностью и проявлениями расстройства поведения (Dodge *et al.*, 1990).

Pettit и коллеги (1988) продемонстрировали полезность конструктов, имеющих отношение к обработке информации, как возможных медиаторов связи между детским опытом в семье и индивидуальными различиями в агрессии детей дошкольного возраста. В этом поперечном исследовании семейный опыт оценивался во время проведения интервью с матерью, навыки решения социальных проблем у детей оценивались с помощью видеозаписей социальных ситуаций и гипотетических историй, показатели социального поведения детей (включая агрессивность) определялись по оценкам учителей и сверстников. Детская агрессивность ассоциировалась с девиантными паттернами решения проблем (более высокая вероятность появления агрессивных реакций и более низкая вероятность адекватных или просоциальных ответных реакций) и с применением суровых дисциплинарных мер (по сообщениям матерей). Результаты регрессионного анализа показали, что после внесения поправки на способ решения социальных проблем суровые методы воспитания больше не прогнозировали особенности поведения. Катамнестические исследования, проведенные Dodge и Pettit с коллегами, обеспечили квалифицированную поддержку медиаторной модели. Dodge и коллеги (1990) при оценке особенностей обработки социальной информации пятилетними детьми с использованием стандартных методов получили множественные показатели для характеристики каждой из первых четырех ступеней модели обработки социальной информации Dodge (т. е. точность кодирования, враждебно-когнитивное искажение, генерирование и качество реакции и оценка реакции). Матери сообщили об особенностях семейного опыта. Полученные результаты показали, что дети, идентифицируемые как пережившие жестокое обращение, по сравнению с благополучными (не переживавшими жестокого обращения) детьми, имели достоверно более высокие показатели (в баллах) агрессивности в детском саду. Более того, неблагополучные дети (по сравнению с детьми, которым не причиняли никакого вреда) были менее внимательны к значимым социальным сигналам, более склонны к приписыванию враждебных намерений и реже генерировали компетентные решения по поводу гипотетических социальных проблем. Эти паттерны обработки также имели значимую связь с агрессивностью детей в школе. После учета показателей (в баллах) обработки социальной информации в регрессионном анализе значимая связь между жестоким обращением и агрессивным поведением исчезала. Эти данные согласуются с гипотезой о том, что суровый и оскорбительный ранний семейный опыт влияет на развитие агрессивного поведения у ребенка, главным образом, путем изменения способов обработки ребенком социальной информации.

Понятие «обработка информации как медиатор» (связующее промежуточное звено), хотя и привлекательно как объяснительное средство, требует дальнейшей проверки и детализации. В некоторых исследованиях не удалось получить данные о том, что влияние семейного опыта на адаптацию ребенка опосредуется социально-когнитивными факторами (Downey & Walker, 1989), но даже те данные, которые подтверждают

эту мысль (Dodge *et al.*, 1990, 1995; Pettit *et al.*, 1988), лишены точности и специфичности в отношении предполагаемой причинной связи раннего опыта, паттернов обработки информации и исхода.

Довольно двусмысленную поддержку гипотезы переменных-медиаторов можно проиллюстрировать, тщательно изучив два исследования, в которых использовался разный набор данных, часто цитируемых как подтверждение гипотезы о переменных-медиаторов (Dodge *et al.*, 1990; Pettit *et al.*, 1988). В исследовании, проведенном Pettit и коллегами (1988), было мало участников ($N = 46$ для основных анализов), анализировались шесть независимых семейных переменных, пять показателей обработки информации и три исхода. В результате в целом получилось 90 проверок возможных переменных-медиаторов. Минимальные требования к этому тесту (Baron & Kenny, 1986) следующие: предиктор должен значимо коррелировать с медиатором и исходом, а медиатор — с исходом. Только семь из 90 возможных тестов соответствовали этим требованиям, ни один из них не был определен априори как возможное связующее звено.

Dodge и коллеги (1990) провели исследование с привлечением достаточно большого количества участников (около 300 для основных анализов), с единственным предиктором раннего опыта (жестокое обращение), с семью показателями обработки социальной информации и тремя исходами. В результате установлена 21 возможная опосредованная связь. Четыре вида связи были значимые, в том числе три различных типа обработки информации, включая кодирование значимости и враждебное атрибутивное искажение. Был проведен универсальный тест на переменные-медиаторы, в котором все семь переменных обработки информации использовались как ковариаты независимо от того, имели они значимую двумерную связь с предиктором (испытывающие жестокое обращение в сравнении с благополучными) или с исходом. Результаты показали, что после внесения поправки на показатели обработки информации в группе участников, подвергавшихся жестокому обращению, дети больше не различались по агрессии, но о величине эффекта (т. е. процент дисперсии в связи «жестокость–агрессия»), который регистрировался, не сообщалось, также не были представлены и отдельные статистические показатели (например, бета) индивидуальной обработки информации. Интересно то, что в последующем катамнестическом исследовании со второй когортой участников (Dodge *et al.*, 1995) единственной переменной, не участвовавшей в связи «жестокость–агрессия», была враждебная предубежденность.

На основании этих двух исследований, по-видимому, справедливо сделать вывод о том, что обработка информации — по крайней мере то, как она измерялась до настоящего времени — объясняет небольшую долю влияния раннего опыта на дальнейшие последствия в форме агрессии. Более того, между исследованиями существует значительное варьирование по аспектам обработки информации, влияющим на опосредованный эффект. Хотя эмпирические доказательства связи «опыт→обработка информации→исход» пока что не очень убедительные, модель переменных-медиаторов остается интересным и потенциально полезным механизмом объяснения. Усовершенствование методов оценки обработки информации в сочетании с уточненными теоретическими формулировками сложного взаимодействующего характера поведенческих расстройств поможет создать модели, обеспечивающие более надежный фундамент для будущих эмпирических исследований (Mize *et al.*, in press).

Будущие направления исследований по изучению перцептивных и атрибутивных процессов

Понимание гендерных и возрастных эффектов

Гендерные эффекты

Есть основания предполагать наличие гендерных различий по обе стороны связи «обработка информации–исход». Издавна существующее мнение, что мальчики более агрессивны, чем девочки, и чаще демонстрируют поведенческие расстройства, открывает новые перспективы, когда особое значение имеет различие топологических и функциональных особенностей агрессии у мальчиков и девочек (Crick & Grotpeter, 1995). Становится все понятнее, что в то время как мальчики демонстрируют более очевидные физические формы агрессии, девочки задействуют формы агрессии, ориентированные на отношения в большей мере, чем у мальчиков. Корреляты двух форм обработки социальной информации, по-видимому, немного различаются, при этом обработка информации о физических актах агрессии наиболее сильно прогнозирует открытую агрессию, а обработка информации об актах агрессии, связанных с отношениями, — агрессию, ориентированную на отношения (Crick, 1995).

Несмотря на описанные паттерны различий в последствиях, все же есть данные о том, что индивидуальные различия в обработке информации прогнозируют поведенческую адаптацию у мальчиков более четко, чем у девочек. Например, Rabiner и коллеги (1990) обнаружили различия в контролируемой и автоматической обработке информации у мальчиков с учетом социометрического статуса и уровня агрессии, но не нашли таковой у девочек. Возможно, преждевременно пытаться делать надежные выводы о гендерных различиях в паттернах обработки информации, поскольку участниками многих исследований по изучению связи между обработкой информации и дезадаптацией были только мальчики (Waldman, 1996). Кроме того, поскольку во многих исследованиях по изучению поведенческой дезадаптации в основном сосредоточивались на открытых формах агрессии (как известно, чаще наблюдаемой у мальчиков), сила связи между обработкой информации и исходом у девочек может недооцениваться.

Вопросы развития

Удивительно мало работ было посвящено исследованию роли стабильности и изменений в процессе обработки социальной информации. Поэтому, чтобы рассмотреть проблемы развития, необходимо полагаться на теорию и данные когнитивного развития детей в общем, точнее на обработку несоциальной информации. Хотя описания «того, что развивается» варьируются (см. Meadows, 1993, полный обзор исследований по изучению изменений обработки информации в процессе развития), две характеристики могли бы служить особенно хорошими кандидатами для объяснения изменений перцептивного и атрибутивного процессов, происходящих в процессе развития ребенка: (а) улучшение базовых способностей, особенно навыков внимательности и, возможно, увеличение скорости обработки информации или объема рабочей памяти, (б) бóльшая база знаний и опыта.

Кодирование в основном касается восприятия сигналов в конкретной социальной ситуации. А что дети воспринимают, конечно, в значительной степени зависит от того, насколько хорошо и на что именно они направляют свое внимание. В процессе развития внимание все больше подчиняется требующему усилий контролю, и в среднем детском возрасте нормально развивающиеся дети вполне способны направлять внимание соответственно поставленной цели. Дети все быстрее кодируют информацию, более систематизированно и обстоятельно изучают сигналы, значит, они тратят больше времени на проверку совокупности стимулов. Было обнаружено, что старшие дети по сравнению с младшими, используют социальные сигналы более продуманно и планомерно в ситуациях провоцирования со стороны сверстников (Dodge & Newman, 1981).

Предполагаемые возрастные изменения, происходящие в базовом процессе — формировании объема рабочей памяти, — имеют значение для атрибутивных процессов. По мере развития дети способны удерживать в памяти и одновременно выполнять операции с бóльшим количеством «битов» информации. Например, большинство шестилетних детей могут в уме прибавлять однозначные числа, но не способны удерживать достаточно «битов» информации для подсчета сумм двузначных чисел. Такое ограничение объема может распространяется и на обработку социальной информации и объяснять, почему маленькие дети склонны предполагать, что вредное действие было преднамеренным: взвешивание одновременно эффектов действия и мотивации действующего субъекта может превышать когнитивные возможности большинства маленьких мыслителей.

Считается, что второй компонент, ответственный за возрастные изменения, — увеличение объема знаний, т. е. базы опыта, — также имеет очевидное значение для атрибутивного процесса. Кроме того, запасы памяти (возможно, в виде общих или специфических репрезентаций событий) предоставляют базу данных для социального восприятия и интерпретации. Знания и опыт, пожалуй, играют решающую роль во влиянии на когнитивное научение — в значительной степени бессознательный процесс научения избирательно «видеть» и интерпретировать (и в конечном счете вспоминать) значимые сигналы из почти бесконечного множества возможных. Поэтому индивидуальные различия в опыте будут влиять на то, какой сигнал будет бросаться в глаза и интерпретироваться. В этой связи склонность видеть и вспоминать более неблагоприятные (Belsky *et al.*, 1996) или агрессивные (Gouze, 1987) сигналы можно рассматривать как естественное следствие перцептивного научения детей с ранним агрессогенным опытом.

Еще один вопрос развития касается заметных различий в обработке социальной информации у детей по мере их развития. Некоторые авторы предполагают, что у детей дошкольного возраста приписывание намерения является не очень хорошим предиктором поведенческой адаптации (Keane *et al.*, 1990; Pettit *et al.*, 1988), возможно, из-за того, что дети в этом возрасте по своему развитию еще не способны различать намерения и последствия (т. е. если возникает отрицательное последствие, оно должно было произойти потому, что ребенок, вызвавший его, сделал это преднамеренно) или, как ранее предполагалось, вследствие того, что сопоставление множественных «битов» информации слишком сложно на когнитивном уровне. С другой стороны, создается впечатление, что способность генерировать многочисленные и значимые решения социальных проблем является более четким предиктором качества социальных навыков и способностей у маленьких детей (Mize & Ladd, 1988; Pettit *et al.*, 1988; Rubin

& Krasnor, 1986). Это может отражать относительные колебания в разных аспектах обработки информации, которые объясняются развитием в сравнении с опытом в дошкольном возрасте. Другими словами, в период раннего развития, когда отмечаются значительные различия в степени созревания у детей одного и того же возраста, любые стабильные индивидуальные различия в восприятии и атрибуции могут затеняться вариациями в степени созревания. И наоборот, различия между маленькими детьми в стратегических знаниях могут быть менее связаны с функцией созревания, а больше зависеть от разницы в опыте и базовых знаниях.

Хотя в большинстве современных моделей подразумевается некоторая степень когерентности паттернов обработки информации во времени, было мало попыток документально подтвердить паттерны стабильности/нестабильности с течением времени. В сущности, можно найти только одно опубликованное исследование долгосрочной стабильности обработки социальной информации в ранней стадии. Harrist и соавторы (1997) сообщили о корреляциях в течение года, равных 0,23 для кодирования значимости и 0,25 — для враждебных атрибуций. Это свидетельствует о том, что перцептивный и атрибутивный процессы могут быть в лучшем случае только весьма скромно стабильными у детей, которые уже посещают школу.

Рассмотрение проблемы «развитие–характерная особенность» требует сопоставления моделей, которые точно определяют время появления процессов восприятия и атрибуции, тесно связанных с развитием агрессии и поведенческих нарушений. Возвратимся к рис. 11.1. Вполне возможно, что обобщенные структуры знаний появляются первыми как следствие ранних отношений «родитель–ребенок» во взаимодействии с биологическими способностями ребенка. Эти структуры направляют внимание на события в общих направлениях. Только благодаря приобретению опыта в социальном окружении, состоящем из сверстников и других индивидов, ожидания ребенка и его структуры знаний фокусируются на ситуациях, личностно значимых и важных, включая ситуации, которые по своей природе отвратительны и неоднозначны или «захватывают» внимание. Затем на основе этих обобщенных структур знаний появляется набор перцептивных и атрибутивных процессов, которые служат непосредственными ориентирами для поведения в конкретных социальных ситуациях. Только при проведении лонгитудинальных исследований, объединяющих разнотипные теоретические ориентации (например, привязанность, сценарии поведения, обработка социальной информации), удастся получить ответы на ключевые вопросы развития.

Реципрокные процессы: опыт, поведение и познание

Каузальная и временна́я природа связи между обработкой информации и поведенческими последствиями требует дальнейших исследований. Согласно каузальной модели обработки факторов при агрессии отдельные данные лонгитудинальных исследований указывают на то, что нарушения обработки предшествуют девиантному поведению (Dodge *et al.*, 1995), а некоторые данные экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что манипулирование восприятием детьми намерений окружающих влияет на их отношения со сверстниками (Rabiner & Coie, 1989). Несмотря на эти ориентированные на причину сведения, все же вполне возможно, что паттерны обработки информации изменяются в ответ на особенности опыта отношений ребенка со сверстниками. Рассмотрим, например, случай социально отвергнутого ребенка. Су-

ществует строгая корреляция между агрессией и отвержением сверстниками (Coie & Dodge, 1998). Известно, что отвергнутые сверстниками дети имеют искажения и недостаточность в обработке социальной информации (Crick & Dodge, 1994). Однако не все отвергнутые дети агрессивны и не все имеют проблемы с обработкой информации. Но опыт отвержения повышает риск развития со временем у детей поведенческих нарушений с агрессией (Pettit, 1997), и эта ассоциация (между количеством лет отвержения и агрессией впоследствии), по-видимому, опосредуется искаженной обработкой социальной информации и поведенческими дефицитами (Dodge, in press). Это свидетельствует о наличии реципрокного цикла, в соответствии с которым обработка информации может как вести к отвержению сверстниками и к агрессии, так и исходить из отвержения сверстниками, повышая уровень агрессии.

Предложенная модель «трансакции–развитие»

К настоящему времени получено много эмпирических данных, подтверждающих предположение о том, что развитие агрессии и поведенческих нарушений следует из совокупных взаимодействий (трансакций) между характеристиками ребенка, такими как темперамент, социально-культурная среда, включая экономические ресурсы и тип окружения, особенности воспитания, например эффективность дисциплинарных мер и контроля, а также степень воздействия девиантных сверстников и вовлеченность в общение с ними (Coie & Dodge, 1998). Недавно Dodge и коллеги (Dodge, in press) предложили модель, помогающую понять кумулятивное воздействие этих индивидуальных, социальных и контекстуальных факторов на развитие детской агрессивности и поведенческих нарушений с точки зрения ближайших механизмов обработки социальной информации. Основной принцип этой модели состоит в том, что характеристики ребенка, социально-культурная среда и ранний социальный опыт воздействуют на развитие поведенческих нарушений, формируя у ребенка социальные знания и характерные стили обработки информации относительно социального мира. Модели переменных-медиаторов предполагают, что перцептивный и атрибутивный процессы (а) непосредственно влияют на развитие поведенческих нарушений, (б) усваиваются в ходе приобретения раннего семейного и социального опыта и (в) опосредуют влияние факторов риска на последствия поведенческих нарушений.

Итак, появляющиеся данные свидетельствуют о том, что паттерны обработки социальной информации — включая процессы восприятия и атрибуции — могут дать ключ к объяснению того, почему кумулятивный опыт общения с родителями и сверстниками оказывает стойкое влияние на поведенческую и психологическую адаптацию детей. Конечно, если рассматривать эти процессы с точки зрения обработки социальной информации, это также может дать ключ к пониманию того, как можно изменить траекторию усиления агрессивности. Задача будущих исследований — уточнить концептуальные формулировки и повысить точность измерений, уделяя внимание определению аспектов обработки информации, которые явно выражены в разные периоды развития, а также аспектов жизненного опыта, вносящего вклад в эволюцию и поддержание дезадаптивных паттернов обработки информации.

Выражение признательности

Подготовка этой главы поддерживалась частично грантом HD 30572 NICHD. Авторы благодарят Darrell Meece и Michael Criss за полезные комментарии к более раннему варианту этой рукописи.

ЛИТЕРАТУРА

Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology.* Newbury Park, CA: Sage.

Aydin, O. & Markova, I. (1979). Attribution tendencies of popular and unpopular children. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 18,* 291–8

Baldwin, M.W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin, 112,* 461–84.

Bandura A. (1973). *Aggression· A Social Learning Analysis* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bargh, J., Lombard!, W. & Higgins, E. (1988). Automaticity of chronically accessible constructs in Person × Situation effects on person perception: It's just a matter of time. *Journal of Personality and Social Psychology, 55,* 599–605.

Baron, R. & Kenny, D (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–82

Bates, J.E., Pettit, G.S. & Dodge, K.A. (1995). Family and child factors in stability and change in children's aggressiveness in elementary school. In J. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long-Term Perspective* (pp. 124–38). New York: Cambridge University Press.

Belsky, J., Spritz, B. & Crnic, K. (1996). Infant attachment security and affective-cognitive information processing at age 3. *Psychological Science, 7,* 111–14.

Bretheiton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990) The role of internal working models in the attachment relationship: theoretical, empirical, and developmental considerations. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years· Theory, Research, and Intervention* (pp. 273–310). Chicago: University of Chicago Press.

Cassidy J., Kirsh, SJ., Scolton, K.L. & Parke, R.D. (1996). Attachment and representations of peer relationships. *Developmental Psychology, 32,* 892–904.

Coie, J.D & Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior In N. Eisenberg (Vol Ed.) & W. Damon (Series Ed.), *Handbook of Child Psychology, Vol 3 Social, Emotional, and Personality Development* (pp. 779–862). New York: John Wiley & Sons.

Crick, N.R. (1995). Relational aggression: The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Development and Psycho-pathology,* 7, 313–22.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's adjustment. *Psychological Bulletin, 115,* 74–101.

Crick, N. R. & Dodge, K.A. (1996). Social information-processing mechanisms in proactive and reactive aggression. *Child Development, 67,* 993–1002.

Crick N.R. & Grotpeter, J. (1995). Relational aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Development, 66,* 710–22.

Crick, N.R. & Ladd, G.W. (1993). Children's perceptions of their peer experiences: attributions, loneliness, social anxiety, and social avoidance. *Developmental Psychology, 29,* 244–54.

Crittendon, P.M. & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 432–63). New York. Cambridge University Press.

Dodge, K.A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development, 51,* 162–70.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. In L.W. Porter & M.R. Rosenweig (Eds.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 44, pp. 559–84). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Dodge, K.A. (in press). Conduct disorder. In A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Development Psychopathology.* New York: Plenum Press.

Dodge, K.A., Bates, J.E. & Pettit, G.S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science, 250,* 1678–83.

Dodge, K.A. & Feldman, E. (1990). Issues in social cognition and sociometric status. In S.R. Asher & J.D. Coie (Eds.), *Peer Rejection in Childhood* (pp. 119-55). New York: Cambridge University Press.

Dodge, K.A. & Frame, C.L. (1982). Social cognitive deficits and biases in aggressive boys. *Child Development, 53,* 620–35.

Dodge, K.A., Lochman, J.E., Harnish, J.D., Bates, J E. & Pettit, G.S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth, *journal of Abnormal Psychology, 106,* 37–51.

Dodge, K.A. & Newman, J.P. (1981). Biased decision making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology, 90,* 375–9.

Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. & Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 632–43.

Dodge, K.A., Pettit, G.S., McClaskey, C.L. & Brown, M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 51* (1, Serial No. 213).

Dodge, K.A. & Price, J.M. (1994). On the relation between social information-processing and socially competent behavior in early school-aged children. *Child Development, 65,* 1385–97.

Dodge, K.A. & Somberg, D. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child Development, 58,* 213–24.

Dodge, K.A. & Tomlin, A.M. (1987). Utilization of self-schemata as a mechanism ofinterpretational bias in aggressive children. *Social Cognition, 5,* 280–300.

Downey, G. & Walker, E. (1989). Social cognition and adjustment in children at risk for psychopathology. *Developmental Psychology, 25,* 835–45.

Eisenberg, N., Guthrie, I., Fabes, R.A., *et al.* (1997). The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. *Child Development, 68,* 295–311.

Goetz, T.W. &: Dweck, C.S. (1980). Learned helplessness in social situations *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 246–55.

Gottman, J.M. (1986). Commentary: merging social cognition and behavior. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 51* (1, Serial No. 213).

Gouze, K.R. (1987). Attention and problem solving as correlates of aggression in preschool males. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15,* 181–97.

Graham, S. & Hudley, C. (1994). Attributions of aggressive and nonaggressive African American male early adolescents. a study of construct accessibility. *Developmental Psychology, 30,* 365–37.

Guerra, N.G. & Slaby, R.G. (1989). Evaluative factors in social problem solving by aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 277–89.

Harrist, A.W., Zaia, A., Bates, J.E., Dodge, K.A. & Pettit, G.S. (1997). Subtypes of social withdrawal in early and middle childhood. Behavioral and social-cognitive profiles across four years. *Child Development, 68,* 332–48.

Hart, C.H., Ladd, G.W. & Burleson, B. (1990). Children's expectations of the outcomes of social strategies: Relations with sociometric status and maternal disciplinary style. *Child Development, 61,*127–37.

Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations.* New York: John Wiley & Sons.

Higgins, E.T. & Bargh, J A. (1987). Social cognition and social perception. *Annual Review of Psychology, 38,* 369–425.

Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin, 101,* 443–63.

Huesmann, L.R. (1988). An information-processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior, 14,* 13–24.

Keane, S.P., Brown, K.P. & Crenshaw, T.M. (1990). Children's intention-cue detection as a function of maternal social behavior· Pathways to social rejection. *Developmental Psychology, 26,* 1004–9.

MacKinnon-Lewis, C., Vollig, B., Lamb, M., *et al.* (1994). A cross-contextual analysis of boys' social competence: From family to school. *Developmental Psychology, 30,* 325–33.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bremerton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (112, Serial No. 209), 66–104.

Meadows, S. (1993). The Child, as Thinker. The Development and Acquisition of Cognition in Childhood. London: Routledge.

Mize, J. & Ladd, G.W. (1988). Predicting preschoolers' peer behavior and status from their interpersonal strategies: a comparison of verbal and enactive responses to hypothetical social dilemmas. *Developmental Psychology, 24,* 782–8.

Mize, J. & Pettit, G.S. (1997). Mothers' social coaching, mother-child relationship style, and children's peer competence: is the medium the message? *Child Development, 68,* 291–311

Mize, J., Pettit, G.S. & Meece, D.W. (in press). Explaining the link. between parenting behavior and children's peer competence: a critical examination of the 'mediating process' hypothesis. In K.A. Kerns, J.M Contreras & A. Neal-Barnett (Eds.), *Family and Peers Linking Two Social Worlds.* Westport, CT: Praeger.

Nasby, W., Hayden, B. & DePaulo, B.M. (1979). Attributional bias among aggressive boys to interpret unambiguous social stimuli as displays of hostility. *Journal of Abnormal Psychology, 89,* 459–68.

Pettit, G.S. (1997). The developmental course of violence and aggression: mechanisms of family and peer influence. *Psychiatric Clinics of North America, 20,* 283–99.

Pettit, G.S., Dodge, K.A. & Brown, M. (1988). Early family experience, social problem solving patterns, and children's social competence. *Child. Development, 59,* 107–20.

Quiggle, N., Garber, J., Panak, W. & Dodge, K.A. (1992). Social information-processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63,* 1305–20.

Rabiner, D.L. & Coie, J.D. (1989). The effect of expectancy inductions on rejected children's acceptance by unfamiliar peers. *Developmental Psychology, 25,* 450–7.

Rabiner, D.L., Lenhart, L. & Lochman, J.E. (1990). Automatic versus reflective social problem solving in relation to children's sociometric status. *Developmental Psychology, 26,* 1010–16.

Rubin, K.H. & Krasnor, L.R. (1986). Social-cognitive and social behavioral perspectives on problem solving. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology* (Vol. 18, pp. 1–68). Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Shank, R.C. & Abelson, R. (1977). *Scripts, Plans, Goals, and Understanding.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Slaby, R.G. & Guerra, N.G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. *Developmental Psychology, 24,* 580–8.

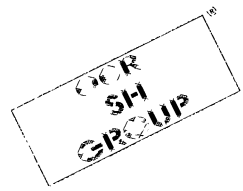
Suess, G.J., Grossman, K.E. & Sroufe, L.A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: from dyadic to individual organization of self. *International Journal of Behavioral Development, 15,* 43–65.

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. In N.A. Fox (Ed.), *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations* (pp. 25–52). *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (2–3, Serial No. 240).

Waas, G.A. (1988). Social attributional biases of peer-rejected and aggressive children. *Child Development, 59,* 969–75.

Waldman, D. (1996). Aggressive boys' hostile perceptual and response biases: The role of attention and impulsivity. *Child Development, 67,* 1015–33.

Weiner, B. & Graham, S. (1994). An attributional approach to emotional development. In C.E. Izard, J. Kagan & B. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognitions, and Behavior* (pp. 167–91). New York: Cambridge University Press.



12

Привязанность и расстройство поведения

Michelle DeKlyen и Matthew L. Speltz

Введение

После столкновения в начале своей карьеры с несколькими молодыми ворами, психиатр John Bowlby начал поиск чего-то общего в их биографии, что могло бы объяснить их поступки (Bowlby, 1944). Он размышлял над тем, что раздражительное и фрустрирующее поведение родителей может не только вызывать гнев, но и приводить к ненасытной потребности в любви или к вещам, которые бы ее заменили (Bowlby, 1944, стр. 114); в свою очередь, враждебность и жадность ребенка могут вызывать у родителей еще большую раздражительность и критичность, что формирует паттерн взаимодействия, напоминающий принудительные (навязанные) циклы Patterson (1982). На самом деле описания многих матерей этих юных воров свидетельствовали о раздражительной, агрессивной и критикующей манере воспитания. Однако при более внимательном рассмотрении семьи детей, совершающих кражи, не отличались от других семей, в которых тоже были взбудораженные, но не делинквентные дети, по таким признакам, как суровое воспитание или семейные случаи психических расстройств. Единственным фактором, бросающимся в глаза в историях воров, характеризуемых Bowlby как бесстрастные и «лишенные привязанности», было длительное отделение (сепарация) ребенка от матери в раннем детстве. Это наблюдение явно разрушительного влияния материнской депривации на социальное и моральное развитие детей натолкнуло Bowlby на изучение темы всей его жизни — привязанности, отделения и потери.

Теория привязанности стала альтернативой как бихевиоральному, так и психоаналитическому взгляду на развитие человека, обещая обеспечить новые решения трудных вопросов о происхождении социального и антисоциального поведения. Эта теория объясняет мотивацию и механизмы, обеспечивающие связь раннего и позднего жизненного опыта, т. е. его непрерывность. Как и у многих новых теорий, у нее были страстные приверженцы и ярые противники.

В этой главе мы впервые предлагаем анализ теории привязанности, рассматриваем ее основные принципы и методы измерения. Далее предоставляем логическое обоснование наличия связи между привязанностью и расстройством поведения наряду с возможными механизмами влияния. Тяжелые поведенческие расстройства зачастую берут начало в раннем детстве и демонстрируют заметную непрерывность по прошествии длительного времени (Moffitt, 1993; Robins, 1991). Привязанность как структурный компонент когнитивно-эмоциональной рабочей модели взаимоотношений поможет

объяснить эту непрерывность. Затем мы рассматриваем исследования, подтверждающие умеренные, но значимые связи между показателями привязанности и нарушениями поведения, а также другие исследования, в которых отмечается ограниченность этих показателей. К примеру, привязанность обычно имеет прогностическое значение у мальчиков, но не у девочек, и это касается только групп высокого риска, но не популяционных выборок. Эти данные совместимы с этиологической моделью, включающей множественные траектории и множественные факторы риска, среди которых небезопасный тип привязанности — один из многих, но он не является ни необходимым, ни достаточным фактором (Greenberg *et al.*, 1993). Хотя в соответствии с теорией привязанности предполагается, что некоторые стратегии небезопасной привязанности могут с большей вероятностью, чем другие, приводить к расстройству поведения, данные по этому вопросу противоречивы.

Теория привязанности оживила как теоретические, так и эмпирические исследования; но все же остаются важные концептуальные проблемы и сложности в измерении. Несмотря на то, что полное их рассмотрение выходит за рамки этой главы, мы обсудим некоторые ключевые вопросы и ограничения, связанные с применением вопроса привязанности к исследованию расстройств поведения. К ним относятся сложность модели множественных траекторий развития отдельного расстройства, трудности выбора наиболее «активных» ингредиентов среди ряда взаимно высококоррелированных факторов риска (например, привязанность, родительское тепло, суровое воспитание, семейный конфликт, жизненный стресс, социальная поддержка и психопатология родителей), а также специфические вопросы измерения. В заключение анализируется значение теории привязанности для лечебного процесса и приводится обзор программ вмешательств, основанных на теории привязанности, и исследований, в которых изучались результаты.

Теория привязанности и систематическое изучение качества отношений между ребенком и родителями

Теория привязанности обеспечивает исключительную концептуальную основу, позволяющую рассматривать формирование расстройства поведения, а также давать макроаналитическую, возрастную и организационную оценку, включающую поведенческие, когнитивные и эмоциональные аспекты формирующегося опыта ребенка. Теория нацелена на то, чтобы объяснить, как ранние и продолжающиеся отношения могут сформировать ожидания ребенка от других людей и его способы справляться с определенными ситуациями. Важно и то, что она предоставляет системные, качественные и количественные инструменты для оценки отношений с опекающим лицом и для проверки важных гипотез, связывающих эти отношения с последствиями для ребенка.

Первоначально теория Bowlby о привязанности была нацелена на то, чтобы объяснить психопатологическую симптоматику. На самом деле первые его размышления о возможном влиянии неблагоприятных переживаний в раннем детстве фокусировались на антисоциальном поведении подростков (Bowlby, 1944). Адаптировав идеи этиологии, теории систем и психодинамической теории, а также теории научения, Bowlby (1969/1982) доказывал, что младенцы и те, кто заботиться о них, прирожденно пред-

расположены реагировать друг на друга такими способами, которые максимально повышают вероятность выживания ребенка, содействуя близости родителя и ребенка в периоды стресса. Функция поведенческой системы привязанности — обеспечивать защиту младенцу, и ее «субъективно поставленная цель» — «ощущаемая безопасность». Считалось, что основанное на чуткости и отзывчивости воспитание в младенчестве способствует формированию у ребенка ожидания («рабочая модель»), что о нем позаботятся и прореагируют, когда возникнет необходимость. Такая внутренняя модель взаимоотношений затем служила бы формированию восприятия и реагирования у ребенка внутри этих и других отношений.

Главное положение в теории привязанности занимает безопасность, существенными последствиями которой у ребенка являются чувство безопасности и собственного достоинства, а также его способность вступать в близкие отношения. Не все аспекты отношений «родитель–ребенок» связаны с привязанностью, и теоретически не все происходящее впоследствии с ребенком связано с анамнестическими сведениями об особенностях привязанности. Так, обучение, дисциплина, игровые взаимодействия детей и родителей выполняют отдельные функции, не связанные с поведенческой системой привязанности, и, по-видимому, отношения привязанности практически не влияют на многие аспекты развития ребенка (например, овладение речью) (Sroufe, 1988). У исследователей пропадал энтузиазм, а вслед за этим иногда терялась из виду и специфика положений теории привязанности. Однако Bowlby (1969/1982) недвусмысленно высказался о том, что нарушения в отношениях привязанности являются главной причиной психопатологической симптоматики, характеризуемой как недоверие и хроническая тревога. По его мнению, индивиды, чьи потребности в безопасности не были удовлетворены, воспринимают мир как «дискомфортный и непредсказуемый и реагируют на него, либо удаляясь, либо сражаясь с ним» (Bowlby, 1973, с. 208). Такое описание относится ко многим детям с расстройством поведения, хотя не ограничивается расстройством поведения.

Bowlby считал, что его теория применима ко всей жизни человека, однако первоначально его работа фокусировалась на раннем детстве. Для проверки различных аспектов теории привязанности Ainsworth разработала процедуру, называемую «незнакомая ситуация», чтобы оценить реакции младенцев на стрессовые ситуации, включая кратковременные разлуки с матерью (Ainsworth *et al.*, 1978). Она обратила внимание на три различных паттерна детского поведения, особо заметных во время встречи после расставания. Некоторые младенцы явно стремились заново установить взаимодействия со своею матерью после разлуки, показывая небольшую тенденцию избегать и сопротивляться контакту (безопасная привязанность). Другие избегали своей матери (небезопасно-избегающая привязанность) или их поведение колебалось между сопротивлением и поиском контакта (небезопасно-амбивалентная).

Результаты проведенных ранее исследований свидетельствовали о том, что во всех культурах примерно у 65% нормальных младенцев наблюдался безопасный тип привязанности, 21% — избегающий и у 14% — амбивалентный (van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988); таким образом, безопасный тип привязанности является нормативом, однако предполагается, что у многих индивидов ощущение безопасности отсутствует. Специально подготовленные наблюдатели могли бы надежно классифицировать отношения привязанности и систематически соотносить их с характером взаимодействий «мать–ребенок», наблюдавшихся дома несколько месяцев назад (De Wolff & van IJzendoorn,

1997). Матери младенцев с избегающим типом привязанности чаще равнодушно относились к подаваемым младенцами сигналам и выражали нерасположение к физическому контакту, тогда как матери сопротивляющихся контакту младенцев были непоследовательными в своих реакциях на ребенка. Матери детей, усвоивших чувство безопасности, характеризовались как «чутко реагирующие на сигналы младенцев». Тем не менее связь «чуткого и отзывчивого» материнского поведения с чувством безопасности у ребенка выражена умеренно (объясняя 10% дисперсии), оставляя то, что van IJzendoorn (1995) назвал «утрата передачи» в объяснении механизмов развития стилей привязанности у индивидов. Темперамент и генетические факторы могут играть определенную роль (Vaughn *et al.*, 1992), но их влияние, вероятнее всего, опосредованное, на что указывают часто наблюдающиеся различия в безопасной привязанности одного и того же младенца к матери и к отцу (Fox *et al.*, 1991; van IJzendoorn, 1995).

Эти три категории привязанности подходят всем младенцам, за редким исключением. Не вписывающиеся в данную классификацию случаи впоследствии были изучены Main и Solomon (1986), которые пришли к заключению, что большинство из них можно отнести к четвертому паттерну привязанности, который они назвали дезорганизованный/дезориентированный. В этой группе младенцев при встрече после разлуки наблюдаются разнообразные необычные проявления поведения: часто это сочетание элементов избегания и сопротивления, иногда ребенок выглядит озадаченным, депрессивным или напуганным. Непропорциональное количество детей были из семей риска, обусловленного плохим обращением, материнской депрессией и/или бедностью (Carlson *et al.*, 1989; Lyons-Ruth *et al.*, 1987; Spieker и Booth, 1988). Main и Hesse (1990) утверждают, что дезорганизация является ответной реакцией на контакт с родителем, испытывающим или провоцирующим страх; поскольку предполагаемый источник безопасности для ребенка сам дает повод для страха, никакая стратегия не обеспечивает устойчивого ощущения безопасности.

Проявления поведения и лежащие в их основе репрезентации, характеризующие отношения привязанности в каждый данный период жизни, зависят от уровня развития когнитивной, лингвистической, социальной и эмоциональной сфер у индивида (Cicchetti *et al.*, 1990). Чтобы вывести теорию привязанности за пределы младенческого периода, необходимо переключить внимание на когнитивно-эмоциональную рабочую модель отношений привязанности, которые (предположительно) организуют перцептивные входящие сигналы и вовлекают соответствующие поведенческие системы (Bretherton, 1985). Эти предположения на данный момент достаточно умозрительные, но поддаются проверке. Если ребенок знает по опыту, что мать поддержит его в случае необходимости, вероятно, он охотно направится к матери во время стресса, ожидая ощущения безопасности и отзывчивости от таких отношений. Наоборот, при небезопасно-избегающих отношениях привязанности во избежание отвержения ребенок учится не обращаться в периоды стресса к человеку, который опекает его. Поскольку младенец усвоил, что его мать еще больше дистанцируется, если он проявляет гнев или становится напряженным, эти эмоции в конечном итоге могут стать скрытыми от его сознания. Однако ограничивая понимание своих чувств, ребенок снижает свою способность объективно оценивать собственные переживания. С другой стороны, при амбивалентно-небезопасных отношениях привязанности ребенок становится чрезмерно бдительным и экспрессивным, поскольку усвоил, что поддерживать близость с противоречивым человеком, который занимается его воспитанием, можно только таким способом.

Ожидается, что рабочие модели взаимоотношений постепенно становятся резистентными к изменениям, поскольку формируют тенденциозный стиль обработки информации и приводят к поведенческим проявлениям, которые подкрепляют эти модели (Bowlby, 1969/1982; Main *et al.*, 1985). Однако они не являются неизменными, поскольку повторяющиеся переживания, противоречащие рабочим моделям, могут изменять их; получены данные о том, что большие перемены в семье часто ассоциируются с прогнозируемыми изменениями в типе привязанности ребенка (Thompson *et al.*, 1982; Vaughn *et al.*, 1979).

Bowlby предвидел наличие прямой корреляции между специфическими проблемами отношений привязанности и последующими психопатологическими проявлениями. Эмпирическое исследование этих связей запоздало по трем возможным причинам. Во-первых, вначале оценки привязанности разрабатывались на нормативных (с низким риском) выборках. Во-вторых, расстройства часто неоднородные, с множественными сложными причинами. В-третьих, чтобы установить связь между отношениями привязанности и определенной психопатологией, необходимо проводить либо 1) лонгитудинальные исследования с очень большим размером выборок и/или групп высокого риска, либо 2) разработать оценки привязанности после периода младенчества.

В последние 15 лет были разработаны оценки привязанности у дошкольников (Cassidy *et al.*, 1989; Crittenden, 1992), у пяти- и шестилетних детей (Main & Cassidy, 1988), у подростков (Armsden & Greenberg, 1987) и у взрослых (Main & Goldwyn, 1994). Хотя поведенческие маркеры, на которых основывается классификация типов привязанности, неизбежно различаются, включая вербализации и новые физические способности, оценки как Cassidy и Marvin (1989), так Main и Cassidy (1988) дают категории, напоминающие те, которые дают и оценки у младенцев. Значительное различие заключается в том, что категория дезорганизованного поведения была расширена и включала контролирующее поведение в ответ на данные Main о том, что большинство дезорганизованных младенцев в ее первоначальной нормативной выборке достаточно контролировали поведение (с применением либо наказания, либо настойчивых просьб и заботливого внимания) при воссоединении со своими родителями спустя пять лет. Майамская система, созданная Crittenden (1992), выделяет три разных класса отношений привязанности (безопасный, защищенный и принуждающий) с более высоким процентным соотношением детей с отношениями небезопасной привязанности, чем в классификации младенцев.

Система классификации привязанности у взрослых (Main & Goldwyn, 1994) основана на полуструктурированном Интервью для оценки привязанности у взрослых (ИПВ; George *et al.*, 1985). В процессе его проведения испытуемым предлагают описать ранние отношения с людьми, которые заботились о них в раннем детстве, изменения в этих отношениях, переживания утраты и травмы и их влияние на взрослую личность. Анализ записи интервью (при этом особое внимание обращают на настоящее состояние психики и последовательность суждений) позволяет классифицировать следующие типы привязанности: свободный / автономный, уклоняющийся, озабоченный и нерешительный, аналогичные соответственно типам, выделенным Main и коллегами (1985): защищенный, избегающий, сопротивляющийся и дезорганизованный. Также разработаны другие (основанные на опросниках) оценки привязанности у подростков и взрослых, но на сегодня только результаты ИПВ имеют эмпирическую связь с другими оценками привязанности. Точнее, было обнаружено, что тип матерей по результа-

там ИПВ может прогнозировать тип их младенцев по выполнению процедуры «незнакомая ситуация» несколько месяцев спустя (Fonagy *et al.*, 1991; van IJzendoorn, 1995). Хотя необходимо дальнейшее изучение непрерывности типов привязанности от одной оценки к следующей (см. ниже), эти новые оценки открывают новые многообещающие возможности для изучения особенностей развития способности к социальным взаимодействиям.

Обоснование прогнозирования связи между отношениями привязанности и развитием расстройства поведения

Множество эмпирических данных и консенсус среди сторонников различных теорий позволяют считать, что отношения между родителями и детьми имеют большое значение в развитии нарушений поведения (Campbell, 1995; Kazdin, 1987; Shaw & Bell, 1993; см. Kiesner & Dishion, глава 10). Независимо от того, основана ли она на микроаналитических оценках (Patterson *et al.*, 1992) или на организационных показателях, таких как привязанность (Lyons-Ruth *et al.*, 1997; Speltz *et al.*, 1995), обнаружена значимая, даже пусть умеренная, связь между особенностями воспитания и дальнейшими последствиями у ребенка.

Доброжелательное воспитание изучалось реже, чем негативные аспекты семейной обстановки, такие как суровая дисциплина, конфликты и плохое обращение. В последнее время все чаще признают, что положительные аспекты воспитания (например, теплое отношение, доброжелательное участие и безопасный тип привязанности между родителями и ребенком) самостоятельно влияют на вероятность развития антисоциального поведения. Обнаружено, что матери детей с нарушениями поведения были менее сердечными (Eron *et al.*, 1971; Olweus, 1980) и участливыми (Gardner, 1987; Pettit & Bates, 1989; Russell & Russell, 1996), чем матери других детей. В выборке мальчиков высокого риска Wasserman и коллеги (1996) обнаружили, что доброжелательное родительское участие имеет самостоятельную связь с меньшей экстернализацией нарушений даже после учета негативных аспектов воспитания и контроля, как одновременного, так и проспективного. С другой стороны, Patterson и коллеги (1992) сообщили, что ни оценки доброжелательного участия, ни оценки положительного подкрепления не прогнозировали антисоциальные проявления в дальнейшем.

Как концепция привязанности может углубить наше понимание расстройства поведения? Несколько конструктов доброжелательного воспитания (например, чуткость, приятие, теплое отношение и отзывчивость), которые могут служить общей полезной переменной, суммирующей историю качества воспитания, прямо ассоциируются с привязанностью «родитель–ребенок». Однако, как отмечали Waters и коллеги (1993), отношения привязанности также коррелируют со множеством семейных факторов (стресс, супружеский и биологический), подчеркивая необходимость уделять внимание дискриминантной валидности оценок и альтернативным объяснениям последствий.

Специфические механизмы

Теория привязанности предполагает существование нескольких специфических процессов, которые могут быть связаны с этиологией и поддержанием нарушений поведения (Greenberg, 1999). Первый из них происходит на уровне наблюдаемого пове-

дения. Многие проявления дезорганизованного поведения в раннем детстве, считавшиеся предвестниками расстройства поведения (например, вспышки гнева, агрессия и непослушание), можно считать стратегиями, ориентированными на отношения привязанности, чтобы привлечь внимание и достигнуть близости опекающих лиц, которые иначе не будут реагировать на ребенка. Эти попытки, хотя и адаптивные в течение короткого периода времени, могут способствовать развитию неприязненных семейных взаимоотношений, повышая вероятность развития впоследствии расстройства поведения. Main и Hesse (1990) предполагают, что в отсутствии гармоничного и предсказуемого паттерна родительской опеки дезорганизованный младенец может попытаться взять в свои руки контроль над отношениями «родитель–ребенок» во время стресса. В то время как это поведение может повысить предсказуемость отношений (Wahler & Dumas, 1986) и поддерживать связь (хотя и конфликтную) с родителем, это может также вылиться в появление ранних нарушений поведения, имеющих признаки принуждения.

Второй механизм включает формирование когнитивно-эмоциональных рабочих моделей взаимоотношений. Считается, что эти рабочие модели влияют на восприятие, познавательную способность и мотивацию (Bretherton, 1985). В то время как безопасный тип привязанности формирует ожидание отзывчивости, теплого отношения и доверия, создавая почву для развития обоюдовыгодных взаимодействий, небезопасный тип может стать причиной последующего расстройства через формирование рабочих моделей, характеризующихся недоверием, гневом, тревогой и страхом. Такое понимание согласуется с результатами последней работы Dodge (1991) (обсуждается Pettit *et al.* в главе 11 этой книги), которые свидетельствуют о том, что небезопасный тип привязанности может вести к враждебным атрибутивным предубеждениям и далее к реактивной агрессии. В своем исследовании Cassidy и коллеги (1996) указывают, что дети с безопасным типом привязанности, наоборот, чаще выражают положительные ожидания и приписывают происходящему положительные характеристики.

Привязанность также можетспособствовать мотивационным процессам, задействованным в социальных взаимодействиях (Richters & Waters, 1991). Maccoby и Martin (1983) доказывают, что доброжелательность и материнская отзывчивость формируют почву для развития покладистости и интернализованного конроля. Ограничения и дисциплина без теплых и отзывчивых отношений «родитель–ребенок», вероятно, менее эффективны, по-видимому, потому, что ребенок в таком случае меньше заботится о том, чтобы доставить удовольствие родителю, не ощущая пользы от взаимных отношений, а также не усваивает ценности отвергающего, не поощряющего его родителя. И здесь, конечным исходом может быть развитие расстройства поведения.

Привязанность может влиять на последующее расстройство, воздействуя на эмоциональную регуляцию. Ребенок научается управлять эмоциями в контексте ранних отношений между родителем и ребенком, к примеру, отворачиваясь при чрезмерной стимуляции и поворачиваясь с улыбкой, когда готов к новым взаимодействиям. Нечуткий, навязчивый родитель может не позволять ребенку модулировать стимуляцию, а неотзывчивый не помогает ребенку достичь желаемого уровня возбуждения. И в том, и в другом случае ребенок может усвоить ограниченный жесткий набор правил взаимодействия с окружающими, сводя к минимуму или усиливая эмоциональное понимание и/или проявление эмоций, стремясь достичь равновесия (Cassidy, 1994). Если родитель не помогает находящемуся в стрессе ребенку эффективно управлять эмоциями,

такой ребенок избирает варианты из своего собственного репертуара незрелых форм поведения, возможно, включающего вспышки раздражения, агрессию и другие виды отталкивающего поведения.

Слабо регулируемая эмоциональная система диады «родитель–ребенок», в которой отсутствует безопасность, может также влиять на формирование нервной системы. Несмотря на умозрительность этих идей, некоторые теоретики утверждают, что такой паттерн регулирования эмоций, образовавшийся в раннем детстве, может существенно изменить процессы обусловливания страха в миндалевидных телах (LeDoux, 1995) или развитие связей между лимбической системой и префронтальной корой мозга (Schore, 1996), особенно при наличии в прошлом интенсивного неконтролируемого стресса (например, жестокого обращения).

Fonagy и коллеги (1997) предполагают наличие фактора-посредника, включающего в себя процесс регулирования эмоций и мотиваций. Безопасный тип привязанности между родителем и ребенком улучшает понимание у ребенка психических состояний (собственных и других людей) и способность к рефлексии. Такая «ментализация» облегчает формирование отношений, улучшая способность понимать и прогнозировать поведение в межличностных отношениях, а также сдерживает недоброжелательное отношение, потому что индивид осознает их влияние на других. Дети, которым недостает понимания психических состояний, менее способны правильно оценить и предвидеть собственные эмоции и с большей вероятностью будут попирать права других, к которым они не испытывают чувства сопереживания.

Данные о связи между отношениями привязанности и нарушениями поведения

Исследования, в которых анализируются связи между отношениями привязанности и нарушениями поведения, можно разделить на две группы: проспективные исследования, в которых определяется связь между типом привязанности младенца и дальнейшими последствиями, и исследования, в которых отношения привязанности оцениваются одновременно с расстройством.

Привязанность у младенцев и нарушения поведения

Проведенные ранее исследования дошкольников, в результате которых появилась классификация привязанности в младенческом возрасте, обеспечили выстраданные доказательства того, что небезопасный тип привязанности ассоциируется с меньшей покладистостью, большим проявлением гнева, худшим качеством отношений со сверстниками и с менее эффективным использованием поддержки со стороны опекающих лиц (Matas *et al.*, 1978; Sroufe, 1983). Однако последующие исследования, в которых стремились выявить связь между ранней привязанностью и экстернализованными нарушениями поведения в дальнейшем, дали разнородные результаты. В нерепрезентативных (взятых из соображений удобства исследования) выборках невысокого риска с относительно низкими показателями как психопатологических проявлений, так и небезопасного типа привязанности, не было выявлено главных значимых эффектов (Bates *et al.*, 1985, 1991; Fagot & Kavanagh, 1990; Lewis *et al.*, 1984). Наоборот, исследователи, изучавшие популяции высокого социального риска, получили данные о том, что при

наличии других факторов риска небезопасный тип привязанности повышает вероятность развития антисоциального поведения.

Миннесотский проект по изучению отношений «мать–ребенок» предусматривал наблюдение за группой младенцев (преимущественно молодых одиноких матерей с низким показателем SES) с рождения до подросткового периода. Катамнестические исследования с оценками в дошкольном возрасте (Erickson *et al.*, 1985; Troy & Sroufe, 1987), во время учебы в начальной школе (Renken *et al.*, 1989; Sroufe *et al.*, 1990), а также в доподростковый период (Urban *et al.*, 1991) последовательно продемонстрировали, что у детей из группы высокого риска с небезопасным типом привязанности в младенческом возрасте чаще плохие отношения со сверстниками, а также они имеют симптомы агрессии и депрессии. Возможность прогнозировать экстернализованные поведенческие последствия исходя из типа привязанности у мальчиков выше, чем у девочек.

Эти сведения согласуются с точкой зрения, что безопасный тип привязанности может выполнять защитную функциюв обстановке высокого риска, а небезопасный тип в комбинации с семейными неприятностями способствует развитию впоследствии нарушений поведения. Авторы не приводят доказательств в пользу дифференцированного влияния разных видов небезопасной привязанности; например, в катамнестическом исследовании у 10–11-летних детей с небезопасно-избегающим и небезопасно-амбивалентным типами привязанности последствия в основном были неразличимы. Однако оценка первоначальной привязанности у этих детей не включала дезорганизованный тип, который, возможно, ограничивал ее способность определять различные траектории нарушений поведения.

В нескольких недавних исследованиях подчеркивалась роль дезорганизованного типа привязанности в последствиях проблемного поведения. В выборке высокого риска, в которой многие матери страдали депрессией, у 71% дошкольников, оцененных как враждебные, в возрасте 18 месяцев отмечался дезорганизованный тип привязанности (Lyons-Ruth *et al.*, 1989). Более того, девять из 16 детей с дезорганизованным типом привязанности, чьи матери имели психосоциальные проблемы, были оценены как враждебные в детском саду, по сравнению с одним из 19 детей без того и другого факторов риска. Сочетание низкого интеллекта младенца и дезорганизованной привязанности также позволяло прогнозировать появление у детей клинически значимых, по мнению учителей экстернализованных, нарушений к семилетнему возрасту, что опять-таки свидетельствует в пользу модели множественных рисков (Lyons-Ruth *et al.*, 1997). На удивление, отношения привязанности не могут прогнозировать оценку матерью поведения своего ребенка. В другом катамнестическом исследовании этой группы было показано, что безопасный тип привязанности в семилетнем возрасте коррелировал с одновременной оценкой учителем экстернализованного поведения даже после учета психосоциального риска и показателей развития речи; однако при этом показателе привязанности связь между клинически значимыми нарушениями и любым типом небезопасной привязанности была менее четкой (Easterbrooks *et al.*, 1993). Малые размеры выборок ($N = 45–50$) заставляют осторожно относиться к выводам, полученным в этих исследованиях.

Show и коллеги (Shaw & Vondra, 1995; Shaw *et al.*, 1996) также наблюдали выборку высокого риска. Небезопасный тип привязанности в младенчестве прогнозировал поведенческие расстройства у детей в возрасте трех и пяти лет; клинически повышенный уровень агрессии демонстрировали 60% (6 из 10) детей, имевших в годовалом возрасте дезорганизованный тип привязанности, 31% — избегающий, 28% — амбивалент-

ный и только 17% — безопасный. Тип привязанности в период между 12 и 18 месяцами был недостаточно устойчивым. И хотя характер взаимоотношений оказался почти одинаковым по обоим наборам данных, только несколько прогнозов достигали уровня статистической значимости (например, безопасный тип привязанности в 18-месячном возрасте, но не в 12-месячном был связан с экстернализацией в трехлетнем возрасте, а дезорганизованный тип прогнозировал показатели экстернализаци в возрасте пяти, но не трех лет). В этой выборке из 100 младенцев тип привязанности был значимым фактором прогнозирования для мальчиков, но не для девочек и оказывал значимый, хотя и небольшой эффект (объясняя 10% дисперсии показателей экстернализации у мальчиков).

Изучение связи текущих отношений привязанности и психопатологической симптоматики

Из-за низкого базового показателя распространенности серьезных поведенческих расстройств трудно собрать выборку младенцев, достаточно крупную, чтобы получить значимое количество детей с расстройствами. Исследование популяций высокого риска позволяет увеличить показатель распространенности расстройства в последующем; выделение выборки сразу же после появления ранних признаков расстройства — еще один путь изучения влияния типа привязанности на формирование проблемного поведения.

В трех исследованиях изучалась степень безопасности текущей привязанности в выборке направленных в клинику детей, соответствующих критериям оппозиционно-вызывающего расстройства (Greenberg *et al.*, 1991; Speltz *et al.*, 1990, 1999). Примерно у 80% из 50 детей в первых двух клинических когортах отношения привязанности оценивались как небезопасные. Они классифицировались на «избегающие», «амбивалентные», «контролирующие» и «другие небезопасные». Группа детей с контролирующим типом привязанности была особенно крупной среди мальчиков, пребывающих в клинике, но группы с избегающим и другими небезопасными типами также были избыточно представлены.

В третьей, более крупной когорте ($N = 160$) с тщательным подбором сопоставимых мальчиков, обратившихся в клинику, и мальчиков из группы сравнения (контрольная) частота небезопасного типа текущей привязанности была выше у детей с оппозиционно-вызывающим расстройством (Speltz *et al.*, 1999). Эта когорта отличалась от первых двух тем, что критерий включения в клиническую группу был ниже (65 баллов по Контрольному перечню вопросов для оценки детской агрессии по сравнению с 70), и у меньшего процента (55%) обратившихся в клинику мальчиков отмечался небезопасный тип текущей привязанности. В клинической группе мальчиков с контролирующим, избегающим и другими небезопасными типами привязанности было больше по сравнению с группой сравнения; ни одна из групп особо не выделялась по показателям. Характеристики привязанности детей к отцам были почти такими же, как и характеристики привязанности к матерям (DeKlyen *et al.*, 199). Небезопасный тип привязанности к обоим родителям, по-видимому, в значительной степени повышал риск; из 18 детей с небезопасным типом привязанности к обоим родителям 17 были направлены в клинику. Эти данные не подтверждают высказанное Ponagy и коллегами (1997) предположение о том, что дети с несовпадающими рабочими моделями своей матери и отца (например, одна — безопасный тип, вторая — небезопасный) имеют самый высо-

кий риск развития психопатологических проявлений. Отцы редко включались в исследования по оценке связи отношений привязанности с проблемным поведением. Однако в неклинической выборке Suess и коллеги (1992) также обнаружили, что, зная, какова привязанность ребенка и к матери, и к отцу, легче делать какие-либо прогнозы.

Следует отметить несколько факторов. Во-первых, некоторые из обратившихся в клинику мальчиков имели безопасный тип привязанности к обоим родителям. У других во время встречи после разлуки отмечался избегающий, а не контролирующий тип; следовательно, небезопасный тип привязанности — элемент некоторых, но не всех траекторий, ведущих к раннему расстройству поведения, а дезорганизованное поведение мальчиков при встрече после расставания — это не только отражение оппозиционного расстройства. Кроме того, у некоторых непроблемных мальчиков отмечался небезопасный тип привязанности: следовательно, он не является синонимом психопатологии. Campbell (1990) также заметил, что некоторые очень агрессивные и гиперактивные мальчики имеют теплые и доверительные отношения с матерью. В одном клиническом исследовании, включающем девочек (Speltz *et al.*, 1990), выявлена связь между отношениями привязанности и нарушениями только для мальчиков. Наконец, данные о том, что материнская рабочая модель привязанности имеет высокую конкордантность с привязанностью их детей в когорте Greenberg и коллег (1991) (DeKlyen, 1996), повышают вероятность того, что небезопасный тип привязанности ребенка предшествует появлению первых признаков дезорганизованного поведения. В других исследованиях также установлена связь между типом материнской привязанности и нарушениями поведения у детей (Constantino, 1996; Crowell *et al.*, 1991).

Неклинические выборки показали наличие подобных связей между показателями текущей привязанности и антисоциальным поведением в школьном возрасте. Cohn (1990) сообщил, что шестилетние мальчики с небезопасным типом привязанности воспринимались сверстниками как более агрессивные, а по мнению учителей у них было больше нарушений поведения; но это не относилось к выборке девочек. Turner (1991) также установил, что четырехлетние мальчики (но не девочки) с небезопасным типом текущей привязанности по сравнению с мальчиками с безопасным типом привязанности были более агрессивные, демонстрировали дезорганизованное поведение, стремились привлекать к себе внимание в дошкольном периоде. Шестилетние дети из семей среднего класса с контролирующим типом привязанности считались более агрессивными (Solomon *et al.*, 1995) по сравнению с детьми с избегающим, амбивалентным и безопасным типами привязанности. У франкоязычных канадских детей в возрасте от пяти до семи лет с небезопасно-контролирующим типом привязанности вероятность проблемного поведения (по оценке учителей) была выше, чем у детей с другими типами привязанности (Moss *et al.*, 1996) Наконец, Fagot и Pears (1996), используя систему Crittenden (1992) для оценки привязанности у дошкольников, обнаружили, что у детей с принуждающим типом привязанности в трехлетнем возрасте к семи годам было больше поведенческих расстройств, чем у детей с безопасным или защищенным типом.

Единственные эмпирические данные, связывающие показатели Интервью для оценки привязанности у взрослых с одновременным наличием поведенческих расстройств в подростковом возрасте или во взрослой жизни, предоставили Fonagy и коллегами (1997). Авторы описали неопубликованные данные, подтверждающие, что для большинства криминальных личностей в их выборке были характерны небезопасные типы привязанности (по оценкам ИВП).

Трудные вопросы и ограничения

Мы доказали, что отношения привязанности могут повышать риск или «амортизировать» эффекты других факторов риска несколькими специфическими способами. Однако заявление Bowlby о том, что отношения привязанности являются главной причиной расстройства, сейчас кажется слишком амбициозным. Связь между привязанностью и поведенческими расстройствами умеренная, и множественные факторы, касающиеся детей и окружающей обстановки, включая темперамент, пол, IQ, психопатологию родителей и отношения со сверстниками, играют роль в предопределении антисоциального поведения.

Мало расстройств детского возраста имеют только одну причину, и нельзя утверждать, что небезопасная привязанность сама по себе приводит к расстройству, хотя она и может повышать вероятность его возникновения (Sroufe *et al.*, 199). Как следствие, лишь некоторые расстройства можно устранить воздействием на один-единственный фактор; но даже при наличии мощных биологических причин взаимоотношения между родителями и ребенком для лечения могут быть ключевым фактором (Rutter, 1982). Еще более усложняет дело то, что между факторами риска и последствиями возможны нелинейные связи; к примеру, при добавлении факторов риска частота расстройства может возрастать. Факторы риска также могут по-разному влиять в разные периоды развития, и отношения привязанности, возможно, играют важную роль в развитии оппозиционного поведения в раннем детстве, в то время как родительский контроль и отношения со сверстниками могут стать более значимыми в прогнозировании антисоциальных последствий в будущем. Greenberg (in press) анализирует эти и другие мнения относительно роли факторов риска в развитии психопатологической симптоматики.

Мультифинальность и эквифинальность

Небезопасный тип привязанности может повышать риск развития психопатологии, но он не является ни необходимым, ни достаточным для ее проявления: у некоторых индивидов с безопасным типом привязанности возникнет расстройство, а у некоторых с небезопасным типом не возникнет. Небезопасный тип привязанности может быть неспецифическим фактором риска, связанным с разными формами психопатологии, как экстернализованными, так и интернализованными (Greenberg, in press; Rutter, 1985). В соответствии с теорией привязанности так оно и должно быть, поскольку для разных типов небезопасной привязанности, как полагают, характерны разные репрезентации себя, других и отношений, а также разные стили регулирования эмоций (описанные выше). Поэтому утверждают, что специфические типы привязанности должны ассоциироваться со специфическими расстройствами (например, Fagot & Kavanagh, 1990; Lyons-Ruth, 1996; Rubin *et al.*, 1991; Sroufe, 1983). Однако полученные данные разнородны; наши результаты, как и другие, указывают на то, что разнообразные последствия связаны с каждым типом привязанности (мультифинальность), так же как все типы привязанности могут быть представлены в выборке детей с расстройством поведения (эквифинальность).

Почему у некоторых детей, например, с избегающим типом привязанности не развиваются патологические отклонения, у других появляются интернализованные симп-

томы, у третьих — экстернализованное поведение, а у четвертых — комбинация того и другого поведения? Подтипы избегающего типа привязанности могли бы пролить свет на этот вопрос; однако надежность на таком уровне кодирования часто проблематична и количество случаев обычно слишком мало и не позволяет осуществить статистический анализ. С другой стороны, сопутствующие факторы риска могут играть решающую роль. Предрасполагающие характеристики темперамента (например, склонность к высокой импульсивности, слабая зависимость от поощрения и низкий уровень тревоги; Tremblay *et al.*, 1994) могут предопределять у некоторых детей с избегающим типом привязанности антисоциальное поведение в будущем, тогда как у уравновешенных детей поведенческие расстройства маловероятны. Аналогично, избегающее поведение в сочетании с некомпетентным или суровым воспитанием может быть благодатной почвой для экстернализованных расстройств, а в случае слабой дисциплины или вызывающего вину воспитания чаще возникает тревога или депрессия. Другие факторы риска, которые становятся более влиятельными в среднем или позднем периоде детства (к примеру, качество соседства в районе проживания, делинквентные сверстники, неудачи в школе), могут также играть ключевую роль в предопределении поведенческих расстройств.

Хотя мы отмечали, что все типы привязанности могут быть представлены в выборке с расстройством поведения, эта эквифинальность последствия может быть больше кажущейся, чем реальной. Вероятно, по мере того как различные типы расстройств становятся более выраженными (например, социализированные — плохо социализированные, скрытые — явные, имеющие раннее начало — имеющие позднее начало), можно будет выявлять паттерны связи каждого расстройства со специфическим типом привязанности. Однако для этого необходимо получить данные об отношениях привязанности в более крупных выборках детей с поведенческими расстройствами, чем те, которые доступны в настоящий момент.

Интеркоррелированные факторы риска

Одна из проблем проводимых исследований в реальной жизни такого сложного феномена, как расстройство поведения, — это запутанная сеть взаимосвязей между многими вызывающими интерес переменными. В зависимости от своих теоретических предпочтений можно фокусироваться на социально-экономическом статусе, психопатологии родителей, супружеских конфликтах, стратегиях управления поведением или на типах привязанности и выявлять их значимые главные эффекты по отдельности. Как предупреждали Waters и коллеги (1993), при установлении набора интеркоррелированных факторов риска важно, чтобы причина не приписывалась слепо одной предпочитаемой переменной. К счастью, исследователи все больше стараются одновременно тестировать многообразные переменные для получения средних, умеренных и однозначных результатов. Так, Shaw и Vondra (1995) обнаружили, что показатели (в баллах) экстернализации у трехлетних мальчиков больше всего объясняются показателями привязанности (в баллах) и материнской депрессии, а не оценками темперамента. В недавно проведенном анализе (Greenberg *et al.*, in press) мы продемонстрировали, что небезопасный тип привязанности, доброжелательное и недоброжелательное воспитание и детские факторы риска (но не семейные неприятности) однозначно вносили вклад в прогнозирование сопутствующего направления в клинику по поводу ранних нарушений поведения.

Однако необходимы крупные выборки для оценки многофакторных моделей, а обсервационные измерения, например отношений привязанности, сравнительно дорогостоящие и поэтому ограничивают количество исследований, в которых возможен такой дискриминационный анализ. Ясно, что существуют эффекты сложных взаимодействий, и качество отношений привязанности может смягчать другие факторы риска или смягчаться ими (Lyons-Ruth *et al.*, 1997).

Belsky и соавторы (1998) утверждают, что сообщаемые эффекты могут быть невелики из-за усреднения влияния родителей на детей с разной восприимчивостью к методам их воспитания. До сих пор мы фокусировались на анализе переменных величин, что усредняет эффект на всю выборку, таким образом теряется информация об индивидуальных траекториях. Однако мы предполагаем, что у одних индивидов отношения привязанности окажутся важным дополнительным фактором для развития расстройств, у других — нет. Понадобится личностно-ориентированный анализ, чтобы охарактеризовать различные траектории, связанные с расстройством, и определить, различаются ли последствия у индивидов, например, с небезопасным типом привязанности и слабой дисциплиной и у индивидов с факторами риска детского возраста (низкий IQ или дефицит внимания) и неблагоприятной обстановкой в семье (например, низкий показатель по SES, воспитание одним родителем и супружеские конфликты). Мы начинаем осуществлять такой анализ в нашем лонгитудинальном исследовании по изучению мальчиков дошкольного возраста, обратившихся в клинику (Greenberg *et al.*, in press).

Понимание привязанности в контексте развития

Все еще остается много вопросов о механизмах взаимосвязи между отношениями привязанности и другими факторами риска. Слабые дисциплинарные меры и небезопасный тип привязанности, возможно, дают относительно независимые, аддитивные эффекты. С другой стороны, такой тип привязанности мешает эффективному воспитанию (например, ребенок с небезопасным типом привязанности может в меньшей степени откликаться на требования дисциплины из-за менее развитых навыков эмоционального регулирования или из-за сниженной просоциальной мотивации); в таком случае привязанность может ослаблять влияние методов воспитания. Аналогично, в случае безопасной привязанности между ребенком и родителями ребенок с импульсивным темпераментом или с нарушенной речью мог бы приобрести достаточные навыки и получить поддержку в регулировании эмоций, тогда антисоциальные формы поведения вряд ли бы стали проблемными. Насколько нам известно, до сих пор не поступали данные, которые бы позволили получить конкретные ответы на эти вопросы.

Является ли связь между ранними отношениями привязанности и последствиями результатом привязанности или результатом непрерывности окружающей обстановки? Возможны, по крайней мере, три сценария: 1) опыт младенчества влияет на юный организм и продолжает влиять на взаимодействия с окружением несмотря на приобретение более позднего опыта (теория критических стадий); 2) совпадающие во времени рабочие модели привязанности лучше всего могут прогнозировать последствия, поскольку с течением времени они изменяются в ответ на изменения окружающей обстановки; 3) поскольку безопасный тип младенческой привязанности коррелирует со многими благоприятными показателями окружающей обстановки, корреляция последствий с отношениями привязанности фактически обусловлена непрерывностью других фак-

торов внешней среды; наиболее вероятное прогнозирование последствий обеспечивает знание показателей самых ближайших факторов окружения. Sroufe и коллеги (1990), пытаясь понять некоторые из этих эффектов, несколько раз проанализировали показатели, собираемые в течение ряда лет. После внесения поправки на промежуточные показатели домашнего окружения и способностей ребенка отношения привязанности в младенчестве усиливали прогноз, основанный на оценках учителями дошкольного уровня (но не начальной школы) знаний. Тем не менее в подвыборке детей, которых всесторонне изучали во время их пребывания в детском лагере в возрасте 10–11 лет, отношения привязанности обусловливали однозначное отклонение в оценке социальной компетентности и регулирования эмоций.

Методы измерения

Несмотря на то, что теория привязанности дает полезную структурную основу для осмысления того, как возникает расстройство поведения, до сих пор не существует хорошо валидизированных показателей, которые бы позволили последовательно проследить отношения привязанности с младенчества до раннего периода взрослости. Классификация, основанная на процедуре «незнакомая ситуация» (Ainsworth *et al.*, 1978), считается «золотым стандартом», по которому были валидизированы другие показатели. Однако попытки объяснить прерывность между оценками развития детей в 12- и 18-месячном возрасте, используя эту систему, не дали всецело удовлетворяющих результатов (Thompson *et al.*, 1982; Vaughn *et al.*, 1979; см. также Shaw & Bell, 1993). Получено мало сообщений о непрерывности типов привязанности в младенческом и дошкольном возрасте (однако см. Howes & Hamilton, 1992; Cicchetti & Barnett, 1991), несмотря на первоначально воодушевляющие данные о наличии связи между характеристиками привязанности в младенчестве и в шестилетнем возрасте (Main & Cassidy, 1988) в относительно стабильной нормативной выборке. Некоторые исследователи основное внимание уделяли изучению отношений привязанности в младенчестве, оценивая их влияние на дальнейшее развитие (например, Sroufe *et al.*). Другие предупреждают, что поскольку привязанность остается заметной в течение всего периода развития, то чувствительная к развитию оценка привязанности может быть выполнимой и полезной в различные периоды жизни (Cicchetti *et al.*, 1990), особенно учитывая демонстрируемые изменения в отношениях привязанности вследствие теоретически значимых изменений в обстановке, в которой воспитывается ребенок; другие же утверждают, что не следует рассчитывать на наличие непрерывности.

В школьные годы, когда внутренние репрезентации становятся более важными, а проявления поведения менее выраженными, обнаруживается «пробел» в комплекте действующих оценочных инструментов, затрудняющий процесс отслеживания изменений, связанных с развитием. Что касается старшего подросткового возраста и периода взрослости, оценки связи поведения родителей и привязанности ребенка, полученные с помощью Интервью для оценки привязанности у взрослых, подтвердили свою достоверность (van IJzendoorn, 1995), но получено мало данных лонгитудинальных исследований, связывающих показатели ИВП с характеристиками ранней привязанности и переживаниями. Точно не установлено, что различные характеристики привязанности относятся к одному и тому же конструкту.

Поскольку текущие оценки не охватывают весь период, в течение которого развивается расстройство поведения, невозможно всесторонне исследовать участие привязанности в его этиологии и поддержании. На самом деле теория привязанности сама по себе слабо разработана для того, чтобы объяснить изменения, происходящие в течение всей жизни. Считают, что финальная стадия по Bowlby — «партнерство с корректируемой целью» — начинается примерно в четырехлетнем возрасте, в дошкольный период (Marvin, 1977), оставляя много необъясненного в происходящих впоследствии изменениях. Как развиваются отношения и функции привязанности с улучшением способностей ребенка, с учетом новых задач воспитания и расширением социальных горизонтов ребенка (школа, сверстники, интимные партнеры и др.)? Или привязанность, по современному определению, теряет значимость, когда ребенок становится более независимым и способным полагаться на себя?

Клиническое применение теории привязанности в лечении расстройства поведения

Несмотря на то, что исследования показали эффективность ряда психотерапевтических методов в уменьшении нарушений поведения за короткий и средний период (Kazdin, глава 15), в клинической практике эти нарушения часто не поддаются лечению. Очень многим детям они не помогают, поэтому требуются новые подходы к лечению (Patterson *et al.*, 1993). Конструкты привязанности позволяют создать новые методы профилактики и лечения, которые могут оказаться эффективными.

Сообщалось о многих клинических случаях и об исследованиях лечебных вмешательств, которые были направлены либо на улучшение типа привязанности у младенцев высокого риска путем повышения отзывчивости родителей (Erickson *et al.*, 1992; Juffer *et al.*, 1997; Lieberman *et al.*, 1991; van den Boom, 1994, 1995), либо на изменение какого-нибудь клинического симптома или расстройства у детей старшего возраста или у подростков. При этом использовался метод лечения, который, как считают, вытекает из теории привязанности (Delaney, 1991; Holland *et al.*, 1993; Marvin, 1992; Speltz, 1990). В некоторых случаях концептуальная связь между вмешательством и отношениями привязанности была незначительной, основанной на чем-то чуть большем, чем акцент на значимости поддерживающих отношений во время лечения психопатологических проявлений.

Вмешательства, направленные на изменение ранней привязанности и на устранение предпосылок у матери, эффективны для профилактики расстройства поведения, поскольку они нацелены на младенцев с множеством факторов риска, связанных с ранним началом экстернализованных расстройств (например, неприятности в семье, раздражительный темперамент). Эти вмешательства можно разделить на два типа: 1) те, которые фокусируются практически полностью на матери, обеспечивая эмоциональную поддержку в контексте долгосрочных психотерапевтических отношений (например, Lieberman *et al.*, 1991), 2) те, которые предусматривают «натаскивание» матери непосредственно во время общения со своим младенцем, обычно при сравнительно краткосрочном вмешательстве (например, проект STEEP с использованием видеозаписи, чтобы матери могли лучше понимать сигналы младенца; Erickson *et al.*, 1992). В мета-

анализе результатов обоих типов вмешательств van IJzendoorn и коллеги (1995) выявили, что методы лечения, ориентированные на отношения привязанности, в основном были более эффективны в изменении конкретных проявлений родительского поведения (например, чуткость или случайность во время взаимодействия с ребенком), чем в изменении типа детской привязанности. Кроме того, было очевидно, что краткосрочные вмешательства, ориентированные на выработку навыков и вовлекающие маленького ребенка, эффективнее, чем более длительные, более интенсивные психотерапевтические вмешательства, фокусированные на матерях.

В наиболее убедительном из этих исследований van den Boom (1994) отобрал из голландских семей среднего класса младенцев шестимесячного возраста с высокой раздражительностью и в случайном порядке назначил матерям либо вмешательство, основанное на выработке навыков, либо оставлял их без лечения. Вмешательство основывалось на четырехступенчатой модели материнской отзывчивости (восприятие сигналов младенца, интерпретация его сигналов, выбор адекватной реакции и ее реализация). В течение трех месяцев моделировались и подкреплялись техники, например имитация поведения младенца и молчание во время его взглядов, выражающих антипатию. Во время катамнестического исследования в возрасте 12 месяцев выявлено значимое влияние вмешательства на тип привязанности (у 62% безопасный тип привязанности в группе вмешательства по сравнению с 22% в контрольной группе). В 18-месячном возрасте результаты у этих младенцев были схожими, а еще одно обследование в трехлетнем возрасте показало бóльшую материнскую отзывчивость и стремление к сотрудничеству среди участников группы, в которой применялось вмешательство, — эффект, опосредованный состоянием привязанности (van den Boom, 1995). Несмотря на относительно небольшое количество испытуемых (31 младенец с безопасным типом привязанности и 19 с небезопасным в группе, где применялось вмешательство, и в контрольной группе 11 с безопасным и 39 с небезопасным типом в возрасте 12 месяцев) и необходимость повторения исследования, потенциал этого вмешательства очевиден, особенно учитывая уязвимость темперамента этих младенцев.

Гораздо меньше известно об основанных на привязанности методах лечения детей старшего возраста с ранней или полностью развившейся формой расстройства поведения. Speltz (1990) описал расширение стандартного вмешательства по обучению родителей на дошкольников с экстернализованными поведенческими расстройствами. Вмешательство предполагало акцент на материнской отзывчивости во время направленной на ребенка игры и обсуждения конфликта между родителем и ребенком и основывалось на представлении Bowlby о «сотрудничестве, корригируемом целью». Однако не было никаких сообщений о последствиях. Delaney (1991) детально описал психотерапевтическую стратегию работы с молодежью с «нарушенной привязанностью» — диагностический термин для антисоциального поведения, сопряженного с социопатией (например, вопиющее безразличие к чувствам и благополучию других людей, «фальшивая» эмоциональность). Метод Delaney начинается с вербальной конфронтации, направленной на то, чтобы вынудить ребенка воплотить в слова негативную рабочую модель. Затем следуют более типичные когнитивно-поведенческие техники, нацеленные на то, чтобы заменить негативный «диалог с собой» об отношениях привязанности (например, «Я ничего из себя не представляю»; «Окружающие неотзывчивы и ненадежны») более адаптивной когнитивно-эмоциональной информацией. Этот подход также не подвергался эмпирической проверке достоверности.

DeKlyen (1996) полагал, что состояние привязанности родителей, определяемое с помощью Интервью для оценки привязанности у взрослых, может быть показателем для распределения вмешательства по обучению родителей, у чьих детей зафиксированы нарушения поведения с началом в раннем возрасте, в разные обучающие программы. К примеру, родителям с безопасной рабочей моделью привязанности принесет пользу стандартная обучающая программа, фокусирующаяся преимущественно на навыках управления поведением, тогда как родителям с избегающим, озабоченным и нерешительным типами привязанности понадобятся дополнительные лечебные стратегии, направленные на объяснение им различий между прошлыми и настоящими отношениями привязанности. Таким родителям бывает трудно уделять внимание специфике поведения их ребенка и понять ее из-за неправильного восприятия ими межличностных отношений вследствие неразрешенных аспектов событий и взаимоотношений в прошлом (Strand & Wahler, 1996). Speltz (1990) описал метод работы с такими родителями, предусматривающий вовлечение их в обсуждение потенциальной связи между отношениями родителей с ребенком и близкими отношениями родителей с другими людьми (родитель просматривает видеозапись и обсуждает отдельные взаимодействия между ним и ребенком).

Насколько нам известно, еще полностью не изучено использование ИВП для отбора родителей и планирования для них учебных вмешательств. Тем не менее в одном исследовании детей, направленных в клинику по поводу экстернализованного поведения, было выявлено, что статус привязанности родителя был связан со степенью тяжести нарушений до лечения, что объясняло значимое колебание в результате у детей после его участия в стандартной учебной программе для родителей (Routh *et al.*, 1995); обучение (тренинг) родителей более благоприятно влияло на тех детей, чьи родители имели безопасный статус привязанности. Нерешительный тип материнской привязанности, аналогичный дезорганизованному у младенцев, имел самую сильную связь с неблагоприятными последствиями у детей через два-четыре года. Однако из-за очень малого количества испытуемых (всего $N = 37$) эти сведения оказываются гипотетичными.

Теоретической основой описываемой далее программы для подростков с расстройством поведения под названием «Программа отклика» (Holland *et al.*, 1993) является теория привязанности. Эта 30-дневная резидентная программа предусматривает интенсивную долгосрочную расширенную помощь в местах скопления молодежи в районе проживания, нацеленную непосредственно на изменение социальной экологии молодежи. Например, в рабочей обстановке можно было бы формировать близкие отношения между подростком и взрослым, являющимся образцом для подражания. Результаты неконтролируемого катамнестического исследования (Moretti *et al.*, 1994) свидетельствуют о значительном редуцировании симптомов, сообщаемых подростками и взрослыми. Однако цели и методики программы — хотя и хорошо сочетаемые с теорией привязанности — существенно не отличаются от других аутрич-программ для населения, уделяющих особое внимание поддерживающим социальным отношениям с проблемной молодежью (Henggler *et al.*, 1986).

В целом клиническое применение теории привязанности к поведенческим расстройствам находится на ранней стадии развития. Намечается несколько многообещающих направлений, заслуживающих дальнейшего исследования. Ориентированные на формирование навыков учебные программы для родителей младенцев высокого риска могут доказать эффективность метода для профилактики поведенческих расстройств, если

будет показано, что эффект от них сохраняется в течение периода, в котором обычно впервые наблюдаются клинически значимые расстройства (возраст от четырех до шести лет). Сообщение van den Boom (1995) о том, что последствия, возникающие у младенцев после проведения ее программы, зависят от статуса их привязанности, свидетельствует о причинно-следственной связи между безопасным типом привязанности и развитием просоциального поведения; однако необходимы дальнейшие исследования такого рода предположений. Другие сферы, заслуживающие дальнейшего изучения, — это использование Интервью для оценки привязанности у взрослых, чтобы по его результатам назначать родителям разные виды обучения, и применение структурированных интервью и видеозаписей для улучшения понимания социальной информации родителями с нерешительным, уклоняющимся и озабоченным типами привязанности.

Выводы

В этой главе представлен обзор исследований, в которых анализировались положения теории привязанности и ее потенциальная ценность для объяснения развития расстройства поведения. Особое внимание мы уделили возможным механизмам, эмпирическому подтверждению и ограничениям этой объяснительной модели. Кроме того, рассматривалась возможность ее клинического применения для лечения молодежи с расстройством поведения. И хотя решительные заявления о ключевой роли привязанности не получили поддержки, в многофакторной, многотраекторной модели подтвердилась ее некоторая прогностическая полезность. Более того, эта теория обогатила наши знания о процессах, которые могли бы приводить к расстройству, и о способах эффективного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Armsden, G.C. & Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16,* 427–54.

Bates, J.E., Bayles, K., Bennett, D.S., Ridge, B. & Brown, M.M. (1991). Origins of externalizing behavior problems at eight years of age In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 93–120). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bates, J.E., Maslin, C.A. & Frankel, K.A. (1985). Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior-problem ratings at age three years. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 167–93.

Belsky, J., Hsieh, K.-H. & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: Differential susceptibility to rearing experience? *Development and Psychopathology, 10,* 301–20.

Belsky, J. & Nezworski, T. (1988). *Clinical Implications of Attachment.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life. *International journal of Psycho-Analysis, 1,* 19–52, 107–27.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment* (2nd Edn). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss· Vol. 2 Separation.* New York: Basic Books.
Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 3–35
Campbell, S.B. (1990). *Behavior Problems in Preschool Children: Clinical and Developmental Issues.* New York: Guilford Press.
Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 113–49.
Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25,* 525–31.
Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N.A. Fox (Ed.), The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the *Society for Research in Child Development, 59* (2–3, Serial No. 240), 228–49.
Cassidy, J., Kirsch, S.J., Scolton, K. & Parke, R.D. (1996). Attachment and representation of peer relationships. *Developmental Psychology, 32,* 892–904.
Cassidy, J., Marvin, R.S. & the MacArthur Working Group on Attachment (1989). *Preschool Attachment Assessment System.* Coding Manual. MacArthur Working Group.
Cicchetti, D. & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology, 3,* 397–411.
Cicchetti, D., Cummings, M., Greenberg, M. & Marvin, R.S. (1990). An organizational perspective on attachment beyond infancy: implications for theory, measurement, and research. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research, and Intervention* (pp. 3–49). Chicago: University of Chicago Press.
Cohn, D.A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development, 61,* 152–62.
Constantino, J.N. (1996). Intergenerational aspects of the development of aggression: A preliminary report. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 17,* 176–82.
Crittenden, P.M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psycho-pathology, 4,* 209–41.
Crowell, J.A. & Feldman, S.S. (1988). Mothers' internal working models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Chilli Development, 59,* 1273–85.
Crowell, J.A., O'Connor, E., Wollmers, G., Sprafkin, J. & Rao, U. (1991). Mothers' conceptualizations of parent-child relationships: Relation to mother-child interaction and child behavior problems. *Development and Psychopathology, 3,* 431–44.
DeKlyen, M. (1996). Disruptive behavior disorders and intergenerational attachment patterns: A comparison of normal and clinic-referred preschoolers and their mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 357–65.
DeKlyen, M., Speltz, M.L. & Greenberg, M.T. (1998). Fathering and early onset conduct problems: Positive and negative parenting, father-son attachment, and the marital context. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1,* 3–21.
Delaney, RJ. (1991) *Fostering Changes: Treating Attachment-disordered Foster Children.* Oklahoma City: Wood 'N' Barnes.
De Wolff, M.S. & van Ijzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68,* 571–91.
Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 201–18). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
Easterbrooks, M.A., Davidson, C.E. & Chazan, R. (1993). Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. *Development and Psychopathology, 5,* 389–402.
Erickson, M.P., Korfmacher, J. & Egeland, B. (1992). Attachments past and present: Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and Psychopathology,* 4, 495–507.
Erickson, M.F., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 147–66.

Eron, L.D., Walder, L.O. & Lefkowitz, M M. (1971). *Learning of Aggression in Children.* Boston, MA: Little, Brown, & Co.

Fagot, B.I. & Kavanagh, K. (1990). The prediction of antisocial behavior from avoidant attachment classifications. *Child Development,* 61, 864–73.

Fagot, B.I. & Pears, K.C. (1996). Changes in attachment during the third year: Consequences and predictions. *Development and Psychopathology, 8,* 721–33.

Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62,* 891–905.

Fonagy, P., Target, M., Steele, M., *et al.* (1997). Morality, disruptive behavior, borderline personality disorder, crime, and their relationship to security of attachment. In L. Atkinson & K.J. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology.* New York: Guilford Press.

Fox, N.A., Kimmerly, N.L. & Schafer, W.D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development, 62,* 210–25.

Gardner, F.E.M. (1987). Positive interaction between mothers and conduct-problem children: Is there training for harmony as well as fighting? *Journal of Abnormal Child Psychology, 15,* 283–93.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview.* Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California at Berkeley.

Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 469–96). New York· Guilford Press.

Greenberg, M.T., Speltz, M.L. & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology, 5,* 191–213.

Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M. & Endriga, M.C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology, 3,* 413–30.

Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M. & Jones, K. (in press). Correlates of clinic referral for early conduct problems: Variable vs. person-oriented analyses. The differential role of risk for predicting clinic referral for early conduct problems. *Development and Psychopathology.*

Henggler, S.W., Rodick, J., Borduin, C., *et al.* (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology, 22,* 132–41.

Holland, R., Moretti, M.M., Verlaan, V. & Peterson, S. (1993). Attachment and conduct disorder: The Response Program. *Canadian Journal of Psychiatry, 38,* 420–31.

Howes, C. & Hamilton, C.E. (1992). Children's relationships with child care teachers: Stability and concordance with parental attachments. *Child Development, 63,* 867–78.

Juffer, P., van IJzendoom, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997). Intervention in transmission of insecure attachment. A case study. *Psychological Reports, 80,* 531–43.

Kazdin, A.E. (1987). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series, Vol. 9.* Newbury Park, CA: Sage

LeDoux, J.E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology, 46,* 209–35.

Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in 6-year-olds from early social relations. *Child Development, 55,* 123–36.

Lieberman, A.F., Weston, D.R. & Pawl, J.H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development, 62,* 199–209.

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 64–73.

Lyons-Ruth, K., Connell, D., Zoll, D. & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology, 23,* 223–32.

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A. & Davidson Cibelli, C.E. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology, 33,* 681–92.

Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D. & Grunebaum, H.V. (1989). Family deviance and family disruption in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first years of life. *Development and Psychopathology, 1,* 219–36.

Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E.M. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology· Vol 4. Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 469–546). New York: John Wiley & Sons.

Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24,* 415–42.

Main, M. & Goldwyn, R. (1994). *Adult Attachment Interview Classification System.* University of California at Berkeley.

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 161–82). Chicago: University of Chicago.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 66–104.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95–124). Norwood, NH: Ablex.

Marvin, R.S. (1977). An ethological-cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behavior. In T.M. Alloway, L. Krames & P. Piner (Eds.), *Children's Planning Strategies, No. 18: New Directions in Child Development.* San Francisco: Josey-Bass.

Marvin, R.S. (1992). Attachment and family systems-based intervention in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 4,* 697–711.

Matas, L., Arend, R. & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49,* 547–56.

Moffitt, T.E. (1993). 'Life-course persistent' and 'adolescence-limited' antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moretti, M.M., Holland, R. & Peterson, S. (1994). Long term outcome of an attachment-based program for conduct disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 39,* 360–9.

Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D. & St-Laurent, D. (1996). Attachment and teacher-reported behavior problems during the preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology, 8,* 511–26.

Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology, 16,* 644–60.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R., Dishion, T.J. & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T.R. Giles (Ed.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Comparative Research* (pp. 43–88). New York: Plenum Press.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia.

Pettit, G.S. & Bates, J.E. (1989). Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to four years. *Developmental Psychology, 25,* 413–20.

Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S. & Sroufe, L.A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality, 57,* 257–81.

Richters, J.E. & Waters, E. (1991). Attachment and socialization: The positive side of social influence. In M. Lewis & S. Feinman (Eds.), *Social Influences and Socialization in Infancy* (pp. 185–213). New York: Plenum Press.

Robins, L.N. (1991). Conduct disorder *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32,* 193–212.

Routh, C.P., Hill, J.W., Steele, H., Elliott, C.E. & Dewey, M.E. (1995). Maternal attachment status, psychosocial stressors and problem behaviour: Follow-up after parent training courses for conduct disorder, *journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 1179–98.

Rubin, K.H., Hymel, S., Mills, R.S.L. & Rose-Krasnor, L. (1991). Conceptualizing different developmental pathways to and from social isolation in childhood. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Internalizing and Externalizing Expressions of Dysfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.* Vol. 2 (pp. 91–122). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Russell, A. & Russell, G. (1996). Positive parenting and boys' and girls' misbehavior during a home observation. *International Journal of Behavioral Development, 19,* 291–307.

Rutter, M. (1982). Prevention of children's psychosocial disorder: Myth and substance. *Pediatrics, 70,* 883–94.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147,* 598–611.

Schore, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psycho-pathology, 8,* 59–87.

Shaw, D.S. & Bell, R.Q. (1993). Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child. Psychology, 21,* 493–518.

Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.L, Keenan, K. & Winslow, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and* Pryclm-*pathology, 8,* 679–700.

Shaw, D.S. & Vondra, J.I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Chin Psychology, 23,* 335–57.

Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age 6: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology, 7,* 447–63.

Speltz, M.L. (1990). The treatment of preschool conduct problems: An integration ofbehavioral and attachment concepts. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention* (pp. 399–426). Chicago: University of Chicago Press.

Speltz, M.L., DeKlyen, M., & Greenberg, M.T. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. *Development and Psychopathology, 11,* 269–89.

Speltz, M.L., DeKlyen, M., Greenberg, M.T. & Dryden, M. (1995). Clinic referral for Oppositional Defiant Disorder: Relative significance of attachment and behavioral variables. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 23, 487–507.

Speltz, M.L., Greenberg, M.T. & DeKlyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology, 2,* 31–46.

Spieker, S.J. & Booth, C.L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical Implications of Attachment Theory* (pp. 95–135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia in Child Psychology,* (Vol. 16, pp. 41–81). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sroufe, L.A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical Implications a/Attachment* (pp. 18–39). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sroufe, L.A., Egeland, B. & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development, 61,* 1363–73.

Strand, P.S. & Wahler, R.G. (1996). Predicting maladaptive parenting: Role of maternal object relations. *Journal of Clinical Child Psychology, 25,* 43–51.

Suess, G.J., Grossmann, K.E. & Sroufe, L.A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioural Development, 15,* 43–65.

Thompson, R.A., Lamb, M.E. & Estes, D. (1982). Stability of infant-mother attachment and its relationship to changing life circumstances in an unselected middle-class sample. *Child Development, 53,* 144–8.

Tremblay, R.E., Pihl, R.O., Vitaro, F. & Dobkin, P.L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry, 51,* 732–9.

Troy, M. & Sroufe, L.A. (1987). Victimization among preschoolers: The role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 166–72.

Turner, P. (1991). Relations between attachment, gender, and behavior with peers in the preschool. *Child Development, 62,* 1475–88.

Urban, J., Carlson, E., Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1991). Patterns of individual adaptation across childhood. *Development and Psychopathology, 3,* 445–60.

van den Boom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration. An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child. Development, 65,* 1457–77.

van den Boom, D.C. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddler-hood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development, 66,* 1798–816.

van IJzendoorn, M.H. (1995). Associations between adult attachment representations and parent-child attachment, parental responsiveness, and clinical status. A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117,* 387–403.

van IJzendoorn, M.H., Juffer, F. & Duyvesteyn, M G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 225–48.

van IJzendoorn, M.H. & Kroonenberg, P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment. A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development, 59,* 147–56.

Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L.A. & Waters, E. (1979). Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen months: Stability and change in families under stress. *Child Development, 50,* 971–5.

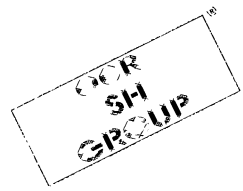
Vaughn, B., Stevenson-Hinde, J., Waters, E., *et al* (1992). Attachment security and temperament in infancy and early childhood: Some conceptual clarifications. *Developmental Psychology, 28,* 463–73.

Wahler, R.G. & Dumas, J.E. (1986). 'A chip off the old block': Some interpersonal characteristics in coercive children across generations. In P. Strain, M.J. Guralnick & H.M. Walker (Eds.), *Children's Social Behavior· Development, Assessment, and Modification* (pp. 49–91). New York: Academic Press.

Wartner, U.G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in south Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development, 65,* 1014–27.

Wasserman, G.A., Miller, L.S., Pinner, E. & Jaramillo, B. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1227–36.

Waters, E., Posada, G., Crowell, J. & Keng-Ling, L. (1993). Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? *Development and Psychopathology, 5,* 215–24.



13

Друзья, дружеские отношения и поведенческие расстройства

Frank Vitaro, Richard E. Tremblay и William M. Bukowski

Широта проблемы и краткий обзор

Оценка с точки зрения развития

Общепризнано, что друзья являются мощным источником влияния на социальное, когнитивное и эмоциональное развитие детей (Hartup & Sancilio, 1986). Уже в дошкольном возрасте дружба важна как контекст развития, хотя и занимает второе место в сравнении с семейным окружением (Howes, 1988; Ladd *et al.*, 1996). По достижении доподросткового и младшего подросткового возраста друзья (в основном того же пола) становятся мощным источником влияния (Berndt, 1979; Steinberg, 1986; Sullivan, 1953). Наряду с силой авторитета более крупной группы сверстников дружеские отношения сохраняют свое значение в течение всего подросткового возраста. Возрастающее влияние сверстников и друзей начиная с детства и до подросткового возраста сопровождается уменьшением влияния родителей (Furman & Robins, 1985). На протяжении этого времени также развиваются концепция, определяющие факторы и функция дружеских отношений (Aboud & Mendelson, 1996). В этой главе мы придерживаемся взгляда на развитие, который согласуется с предшествующим описанием и поможет понять, могут ли друзья и сверстники (и если да, то каким образом) воздействовать на нарушения поведения у детей и подростков.

Во многих исследованиях влияние сверстников рассматривалось в групповых ситуациях, например группы несовершеннолетних делинквентов (Elliott *et al.*, 1985; Thornberry *et al.*, 1993). В других исследованиях внимание сосредоточивалось на диадических контекстах, таких как дружеские отношения (Dishion *et al.*, 1995*a*; Tremblay *et al.*, 1995, Vitaro *et al.*, 1997). В рамках последних некоторые авторы рассматривают все возможные их диады, другие включают только лучших друзей, а третьи — только общих друзей. Хотя близкие друзья могут оказывать более сильное влияние на детей, чем другие сверстники (например, знакомые) (Newcomb & Bagwell, 1995; Savin-Williams & Berndt, 1990), влияние последних также может быть достаточно существенным. Другими словами, оно может дополнять более интенсивное влияние со стороны близких друзей или даже быть равносильным ему. Несколько авторов рассматривали обе точки зрения в одном и том же исследовании.

Особенности дружеских отношений также могут варьироваться в разные периоды развития. Дети школьного возраста демонстрируют более высокий, чем дошкольники, уровень положительных контактов (установление социальных связей, беседа, взаимодействие, а также выражение положительных эмоций посредством улыбок, взглядов, смеха и прикосновений) со своими друзьями (общими или личными) по сравнению с отношениями с остальными сверстниками (см. Newcomb & Bagwell, 1995). В свою очередь, дети младшего подросткового возраста больше склонны к положительным занятиям и проявляют больше способностей к формированию отношений (например, больше сходства и равноправия, меньше доминирования, больше симпатии и привязанности), чем дети школьного возраста. С другой стороны, общие друзья устанавливают больше положительных контактов, чем просто знакомые, во всех трех обследованных Newcomb и Bagwell возрастных группах (дошкольники, учащиеся начальной школы и дети младшего подросткового возраста). Кроме того, друзьям лучше, чем знакомым, удается разрешать конфликтные ситуации и избегать новых конфликтов. В конце концов, в начальной школе и в младшем подростковом возрасте общие друзья проявляют больше положительных качеств в отношениях, чем знакомые. Таким образом, с возрастом интенсивность и качество дружеских отношений повышаются. По-существу результаты этих исследований применимы к детям с нормальным развитием. До конца неясно, наблюдается ли у агрессивных детей с нарушениями поведения (расстройство поведения, агрессивность, дезорганизованное поведение, делинквентность, антисоциальность) подобная динамика изменений качества дружеских отношений с их предположительно девиантными друзьями. Наоборот, в данном случае чаще могут возникать конфликты и они не будут разрешаться удовлетворительным путем. Более того, положительные контакты и положительные аспекты отношений могут оказаться более низкого качества, чем таковые с недевиантными друзьями. С другой стороны, дети с нарушениями поведения могут быть чрезвычайно восприимчивыми к влиянию своих девиантных друзей. При таких условиях отрицательные качества дружеских отношений детей с расстройством поведения могут создавать почву для «обучения» нежелательному поведению и неблагоприятно влияют на динамику его развития. Парадоксально то, что если дети с нарушениями поведения имеют положительные контакты со своими девиантными друзьями, а свойства их отношений схожи с теми, которые характерны для обычных детей, то влияние девиантных друзей на самом деле может усиливаться (Agnew, 1991; Wills & Vaughan, 1989). Следовательно, несмотря на то, что в целом дружеские отношения могут активизировать эмоциональное, социальное и когнитивное развитие детей, важно принимать во внимание качественные характеристики этих отношений, а также особенности личности их друзей, рассматривая возможное влияние девиантных друзей на психосоциальное развитие детей (Hartup, 1996). Кроме того, девиантные друзья могут оказывать более сильное влияние на детей, которые уже склонны к нему из-за своих личностных особенностей (антисоциальных или агрессивных проявлений), воздействия социальных (отвержение обычными сверстниками), семейных (отвержение или слабый контроль со стороны родителей) или контекстуальных (переход в среднюю школу) факторов. Эти возможные модераторы связи между характерными особенностями друзей и свойствами дружеских отношений, с одной стороны, и последующей неспособностью детей адаптироваться к определенным условиям — с другой будут подробно рассмотрены в этой главе. В соответствии с теоретической позицией Moffitt (1993) будут приведены доводы в пользу того, что вли-

яние друзей поможет объяснить расстройство поведения с поздним, но не с ранним началом.

Основное допущение многих обсуждаемых нами теоретических положений и исследований состоит в том, что дружеские отношения составляют важный контекст развития. Они являются средой, организованной вокруг общей деятельности и вытекающей из эмоциональных связей, поведенческих привычек и целей двух друзей. Друзья влияют друг на друга многими способами, особенно через построение общих поведенческих стандартов, лежащих в основе их взаимодействий. Принимая решение стать другом определенного сверстника, ребенок выбирает для себя определенную среду, в которой будет развиваться. Таким образом, личность отдельного ребенка и его опыт дружеских отношений концептуально различаются, однако до некоторой степени их трудно разделить. Эта тема, а именно отношения между детьми и их опыт дружбы, составляют основу значительной части дискуссии в этой главе.

Большое значение может иметь наличие или отсутствие друзей. Девиантные друзья могут влиять на поведенческие проблемы детей через процессы социализации, тогда как обычные сверстники, отвергая таких детей, лишают их положительного опыта общения. Следовательно, отвержение сверстниками может вызывать чувство обиды по отношению к обычным сверстникам и побуждать к связи с девиантными, приводя в конечном счете к инициированию или эскалации проблемного поведения. Parker и Asher (1987) провели обзор исследований, в которых пытались выяснить, как отвержение сверстниками может приводить к делинквентности или к другим типам нарушений адаптации. В этой главе основное внимание уделяется не отвержению обычными сверстниками, а главным образом роли девиантных друзей в объяснении развития адаптационных расстройств. Популярность среди сверстников будет включена в обсуждение лишь для того, чтобы лучше понять связи (аффилиацию) с девиантными сверстниками.

В заключение следует отметить, что в большинстве исследований внимание сосредоточено только на дезадаптации мальчиков, поскольку она могла быть связана с девиантностью их друзей. В исследованиях, в которые включали девочек, часто не могли выделить отдельно влияние друзей на особенности развития мальчиков и девочек. Из-за недостатка данных о девочках различия между мальчиками и девочками будут рассматриваться в том случае, если они выявлены. На самом деле возможно, что девиантные друзья оказывают большее влияние на девочек, чем на мальчиков, поскольку девочки больше ценят социальные взаимодействия (Hartup, 1993), кроме того, их дружба характеризуется более тесными отношениями и большей близостью, чем у мальчиков (Bukowski *et al.*, 1994). В свою очередь, как уже предполагалось, эти качественные характеристики дружеских отношений могут модерировать (т. е. усиливать) влияние друзей.

Некоторые методологические проблемы

При первоначальном отборе исследований для последующего обсуждения их в этой главе включали те из них, в которых использовали определение и оценку расстройства поведения в соответствии с критериями DSM. Однако из-за незначительного количества таких исследований, а также в силу концептуального сходства между расстройством поведения и делинквентностью были включены также исследования, в которых изучали роль друзей в развитии делинквентного поведения или родственных экстерна-

лизованных форм поведения (антисоциальное поведение, насилие или агрессивность), независимо от того, оценивались они категориально или континуально. Такое решение было принято на основании того, что инструменты, разработанные для оценки делинквентного, антисоциального поведения или расстройства поведения, часто имеют общие вопросы, большинство из которых отражают агрессивное поведение, воровство, вандализм или прогулы школьных занятий (Elliot *et al.*, 1989; Patterson, 1992). Как следствие, такие определения, как расстройство поведения, делинквентность, антисоциальное поведение и агрессивность, использовали как взаимозаменяемые в зависимости от терминов, принятых авторами рассмотренных исследований. Другим состояниям, например гиперактивному расстройству с дефицитом внимания, часто сопутствуют агрессиность, антисоциальные проявления, расстройство поведения или делинквентность (см. Hinshaw, 1987). Однако в немногих исследованиях эти дополнительные особенности личности рассматривались как возможные модераторы связи между девиантностью друзей и девиантностью испытуемых. Например, дети с дезорганизованным поведением, имеющие гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, могут подвергаться более сильному влиянию со стороны девиантных друзей, поскольку они социально активнее, либо потому, что обычные сверстники отвергают их чаще, чем детей с дезорганизованным поведением, но без гиперактивности и невнимательности. Эти аспекты будут рассматриваться в нескольких исследованиях, в которые они были включены.

Предпочтение отдавалось исследованиям, в которых изучалась роль девиантных друзей в развитии делинквентности и связанного с ней расстройства поведения в разные моменты времени, т. е. лонгитудинальным (продольным), а не одномоментным (поперечным) исследованиям группы или популяции. Одномоментные исследования не позволяют выделить направление связи между переменными, а следовательно, не могут объяснить роль девиантных друзей в развитии делинквентности и расстройства поведения. Чтобы исследовать влияние предполагаемой причинной переменной (т. е. друзей) на предполагаемый результат (т. е. расстройство поведения / делинквентность), между ними необходим временной интервал. Продольные исследования позволяют разделить их во времени. Однако связь между переменными остается корреляционной. Направление причинной связи между этими переменными, если она имеет место, можно прояснить, используя определенные экспериментальные процедуры по отношению к предполагаемой причине (т. е. к друзьям), однако добиться манипуляции переменной «друзья» нелегко и, по-видимому, неэтично. Следовательно, экспериментальные исследования такого типа невозможны.

Большинство авторов, оценивая особенности характера друзей испытуемых или их собственное расстройство поведения либо уровень делинквентности, полагаются на самих испытуемых. Наличие только одного информанта сопряжено с риском возникновения систематической ошибки, связанной с использованием всего одного метода (Cook & Campbell, 1979), а также может затенять сходство между девиантностью испытуемого и девиантностью его друзей (см. Bauman & Ennet, 1996). Например, Elliot и Voss (1974) наблюдали процесс переоценки и недооценки делинквентности у друзей соответственно среди делинквентных и неделинквентных респондентов. Лишь немногие авторы использовали разные источники для оценки особенностей характера испытуемых и их друзей. Иногда для оценки девиантности и тех и других привлекали родителей, учителей и сверстников, однако эта процедура не позволяет полностью исключить возможный вмешивающийся эффект вследствие вероятной стереотипной субъектив-

ной оценки друзей, основанной на оценке самих испытуемых. Как отмечали Thornberry и Krohn (1996), самих друзей редко непосредственно опрашивали об их девиантном поведении. В тех случаях, когда это происходило, обычно ограничивались школьными друзьями. В других случаях отдельные друзья не идентифицировались и не оценивались индивидуально. Вместо этого авторы полагались на общую оценку тесного круга друзей, с которым ассоциировались испытуемые. В заключение следует отметить, что в немногих исследованиях полагались на самоотчеты испытуемых и их друзей о девиантном поведении, без каких-либо ограничений в отношении происхождения друзей.

Что касается измерения поведения друзей, некоторые авторы собирали данные об их делинквентности / расстройстве поведения, в то время как другие полагались на аналогичные оценки девиантности участников и друзей, например агрессивности или проблем в отношениях с родственниками. Немногие авторы вносили статистические поправки на показатели социально-экономического статуса, несмотря на установленную связь между социально-экономическим статусом и доступом к девиантным друзьям и делинквентным поведением / расстройством поведения. Оценивая вклад девиантных друзей в развитие разных форм делинквентного поведения, необходимо также учитывать исходные особенности поведения. Дезорганизованное поведение в раннем возрасте прогнозирует делинквентность и расстройство поведения, а также может объяснять связь между поведенческими расстройствами у подростков и выбором друзей со сходными нарушениями поведения. Однако учитывая то, что сверстники могут влиять на антисоциальное поведение даже в раннем возрасте (Farver, 1996), ранние поведенческие проявления могут сами по себе быть, по крайней мере частично, следствием влияния сверстников (в дополнение к таким факторам, как влияние родителей, сибсов и особенности темперамента).

Следовательно, необходимы исследования, в которых бы детей начинали изучать в очень раннем возрасте, наблюдая за динамикой и способами взаимодействия. В процессе исследования формирующиеся особенности поведения детей позволяли бы прогнозировать выбор ими друзей, а меняющиеся характеристики друзей объясняли бы эволюцию поведенческих расстройств у детей с учетом предшествующих характеристик детей и их друзей на каждом новом этапе. Насколько нам известно, пока еще нет исследований, которые уже приняли позицию «развитие–взаимодействие».

Влияние (роль) девиантных друзей на развитие расстройства поведения

Были предложены четыре теоретические модели относительно роли девиантных друзей в развитии делинквентности: влияния сверстников, индивидуальных характеристик, социального взаимодействия и смешанная. В этом разделе в общих чертах будет описана каждая из них.

Модель влияния сверстников

Модель влияния сверстников называлась по-разному (модель социального облегчения, культуральной девиации, дифференциальной связи, или модель социализации)

в зависимости от того, к какой литературе обратиться — психологической, социологической или криминологической. В этой модели девиантные друзья рассматриваются как причинный фактор развития делинквентности (Cohen, 1977; Eliot *et al.*, 1985; Johnson *et al.*, 1987; Sutherland, 1947). В соответствии с этой моделью предполагается, что неэффективное воспитание приводит к общению с девиантными сверстниками, которые в свою очередь опосредуют связь между неэффективным воспитанием (или поведенческими проблемами детского возраста, связанными с неэффективным воспитанием) и последующей делинквентностью. В соответствии с принципами социального научения делинквентное поведение инициируется под воздействием девиантных сверстников, а продолжение и эскалация делинквентного поведения объясняются процессами моделирования или социального подкрепления со стороны сверстников с девиантными ценностями, позициями и поведением (Akers *et al.*,1979; Sutherland, 1947). В подтверждение модели влияния сверстников некоторые авторы показали, что большинство подростков, будучи вовлеченными в отношения с девиантными сверстниками, начинают демонстрировать делинквентное поведение (Elliot *et al.*, 1989; Simons *et al.*, 1994). Например, Elliot и коллеги (1985) обнаружили, что связь с делинквентными сверстниками была единственным фактором (исключая предшествующую делинквентность), который оказывал сильное влияние на последующую делинквентность. Эти результаты сохраняются у индивидов как мужского, так и женского пола, а также при незначительно выраженной и серьезной делинквентности. Аналогично, Coie и коллеги (1995) использовали анализ дожития, чтобы продемонстрировать, что первый арест в младшем подростковом возрасте в группах девиантных сверстников происходит в период установления связи с девиантными сверстниками или после присоединения к ним. Еще одной иллюстрацией служит исследование, проведенное Keenan и коллегами (1995), которые установили, что воздействие девиантных сверстников приводило к последующему вовлечению в делинквентное поведение мальчиков-подростков, прежде не обнаруживавших признаков такого поведения. Thornberry и коллеги (1993) отметили, что члены группы несовершеннолетних делинквентов значительно чаще, чем подростки, не принадлежащие к таким группам, сообщали о делинквентном поведении только в те периоды времени, когда они были в составе этих групп, но не до присоединения к ним и не после выхода из них.

Модель индивидуальных характеристик

В модели индивидуальных характеристик (называемой также моделью социального контроля или отбора) девиантные друзья рассматриваются как сопутствующее явление, не выполняющее никакой (причинной) роли в развитии делинквентности. В соответствии с моделью индивидуальных характеристик предполагается, что антисоциальные или агрессивные формы поведения (которые могут быть следствием неэффективного воспитания) самостоятельно приводят как к делинквентности, так и к объединению с девиантными сверстниками (Gottfredson & Hirschi, 1990). С этой точки зрения подобное объединение является побочным продуктом поведенческих нарушений и не помогает объяснить делинквентность. В действительности выбор девиантных сверстников в качестве друзей следует за началом девиантного поведения благодаря процессу взаимного влечения друг к другу детей, которые допускают или ценят такие позиции и поведение (Cairns *et al.*, 1988). По меньшей мере в двух иссле-

дованиях указывается на то, что объединение с девиантными сверстниками не прогнозирует последующую делинквентность после внесения поправки на предшествующее девиантное поведение. Coie и коллеги (1995) установили (для индивидов обоего пола), что агрессивность и предшествующая делинквентность в младшем подростковом возрасте прогнозировали последующую делинквентность (аресты полицией), при этом объединение с девиантными сверстниками не оказывало никакого влияния. Наоборот, агрессивность в среднем детском возрасте прогнозировала такое объединение. Таким же образом Tremblay и коллеги (1995) установили, что индивидуальные особенности друзей не способствовали связи между антисоциальным поведением в детстве и делинквентностью в среднем подростковом возрасте у мальчиков с общими друзьями в классе. Связь между присоединением к девиантным сверстникам и делинквентностью, по-видимому, обусловлена только их общей связью с ранним антисоциальным поведением. Как только вносилась статистическая поправка на раннее антисоциальное поведение, связь исчезала. Стоит отметить, что в обоих исследованиях, в которых не сообщалось о вкладе девиантных сверстников или девиантных друзей в прогнозирование делинквентности независимо от личностных особенностей, использовались выборки индивидов с низким социально-экономическим статусом. Как предполагали Coie и коллеги (1995), многие проживающие в бедных районах испытуемые с низким социально-экономическим статусом были вовлечены в группировки, в которых, по меньшей мере, несколько членов имели серьезные проблемы. Многие испытуемые сами по себе вовлекались в агрессивное поведение. Таким образом, процентное соотношение группировок или друзей, которых можно было бы считать девиантными, в выборках с низким социально-экономическим статусом может быть высоким по сравнению с выборками представителей среднего класса. Высокая распространенность агрессии и объединения с девиантными сверстниками могла бы объяснить отсутствие влияния этих переменных на последующую делинквентность или на расстройство поведения.

Модели влияния сверстников и индивидуальных характеристик, несмотря на их видимые четко очерченные и противостоящие положения, взаимодополняют друг другу, позволяя отражать точки зрения с многочисленными нюансами в моделях социального взаимодействия и смешанной модели. Например, Gottfredson и Hirschi (1990) высказали предположение, что объединение с девиантными сверстниками, возможно, облегчает формирование делинквентности у индивидов, которые уже склонны к антисоциальным формам поведениия. Elliot (1994) допускал, что вопреки тому, чего можно было бы ожидать в соответствии с моделью социального облегчения, у некоторых подростков делинквентность предшествовала объединению с девиантными сверстниками.

Недавно Elliot и Menard (1996) определили связанную с развитием последовательность, которая интегрирует элементы модели влияния сверстников и модели индивидуальных характеристик. Сначала под влиянием делинквентных друзей инициируется легкая делинквентность. Затем вовлеченность в легкую делинквентность способствует дальнейшему объединению с друзьями с более тяжелыми формами делинквентного поведения. И наконец, вовлеченность в связь с очень делинквентными друзьями приводит к еще большей эскалации делинквентного поведения. Следовательно, возможно, что делинквентные друзья играют главную роль в инициировании незначительных проявлений делинквентного поведения в младшем подростковом возрасте, а в среднем — в инициировании или эскалации в направлении к серьезной делинквентности.

Модель социального взаимодействия

В модели социального взаимодействия (называемой также моделью облегчения или социального усиления) присоединение (объединение) к девиантным сверстникам или к друзьям рассматривается как переменная-модератор (Dishion, 1990*a, b*; Patterson *et al.*, 1989). Детям из группы высокого риска не нужны девиантные друзья, чтобы стать делинквентами. Другими словами, антисоциальные или агрессивные дети устанавливают связи с девиантными сверстниками и ищут окружение тех из них, кто приемлет девиантное поведение (Cairns *et al.*, 1988). Антисоциальные подростки, которые присоединяются к девиантным сверстникам, становятся еще более девиантными. Следовательно, присоединение к девиантным сверстникам усиливает связь между ранним асоциальным поведением (обусловленным неэффективными методами управления семьей, усугубленным отвержением сверстниками и низкой успеваемостью в школе) и последующей делинквентностью. Дети из группы высокого риска могут стать делинквентами и без такого сплочения. Хотя подобное присоединение не является причинным, оно может упрощать путь к делинквентности. В соответствии с моделью социального взаимодействия предполагается статистическое взаимодействие между свойствами личности (т. е. агрессивностью) и девиантностью сверстников при прогнозировании последующих поведенческих расстройств или делинквентности. Кроме того, разрыв такого взаимодействия должен показать, что девиантность сверстников усугубляет риск только или в основном у девиантных (т. е. агрессивных) детей. Dishion и коллеги назвали процесс, посредством которого антисоциальные дети сплачиваются и взаимно социализируются в направлении к усилению делинквентности, совпадением характерных черт. Эта точка зрения сходна с позицией, высказанной Elliott и Menard (1996). Однако между этими двумя взглядами существует одно заметное различие. Оно связано с отправной точкой процесса взаимной и динамической социализации между индивидами и их друзьями. По мнению Elliott и Menard (1996), отправной точкой является влияние сверстников (главным считается процесс социализации под воздействием девиантных сверстников). Наоборот, Dishion и коллеги считают отправной точкой особенности личности (и семьи) (первостепенное значение придается процессу выбора субъектами себе подобных сверстников).

Таким образом, в соответствии с моделью социального взаимодействия начальным и наиболее важным прогностическим признаком последующей делинквентности остается агрессивность детей. В подтверждение этой модели Simons и коллеги (1994) установили, что у мальчиков младшего подросткового возраста с оппозиционно-вызывающим расстройством эта поведенческая характеристика прогнозировала их вовлеченность в отношения с девиантными друзьями, которая в свою очередь прогнозировала контакт с системой уголовного судопроизводства. Кроме того, эти авторы обнаружили взаимосвязь между оппозиционно-вызывающим поведением у детей и их присоединением к девиантным друзьям: вовлеченность в систему уголовного судопроизводства была более высокой среди подростков с оппозиционно-вызывающим расстройством, имевших девиантных друзей. Сторонники модели социального взаимодействия утверждают, что девиантные друзья подкрепляют и моделируют девиантные установки и поведение. Более того, антисоциальные подростки принуждают друг друга к девиантному поведению (Dischion *et al.*, 1994*a, d*).

Farver (1996) наглядно продемонстрировал, что уже в четырехлетнем возрасте дошкольники объединяются в группировки на основе сходства поведенческих проявле-

ний, таких как агрессивность и социальная компетентность. Более того, у тех, кто был вовлечен в дружеские отношения, обнаруживалось более агрессивное поведение. К сожалению, этот автор не смог оценить влияние такого объединения с агрессивными друзьями на последующую агрессивность, поскольку исследование было поперечным (одномоментным).

Тем не менее проведенное Farver (1996) исследование позволяет сделать один четкий вывод: в младшем и среднем подростковом возрасте уже слишком поздно выяснять взаимовлияние процессов отбора (через предпочтение сверстниками) и социализации (посредством влияния сверстников), пытаясь объяснить путь развития девиантного поведения, поскольку эти процессы, вероятно, идут с раннего детства. Самое большее, что мы можем сделать, это оценить отдельные части развивающейся системы взаимовлияния благодаря относительно «узкому окну», которое открывают продольные исследования, проводимые в течение двух-трех лет (поперечные исследования предоставляют только мгновенные «снимки» и в этом отношении бесполезны). Другими словами, пытаясь выделить процессы, которые позволят найти отправную точку пути развития антисоциального поведения, необходимо провести продольные исследования по изучению взаимодействий между сверстниками начиная с раннего детства. К сожалению, большинство исследователей изучали эти процессы тогда, когда они уже твердо установились, т. е. по достижении младшего и среднего подросткового возраста. Лишь в немногих исследованиях пытались рассмотреть этот процесс гораздо раньше, чтобы выявить его начальные признаки. При этом исследователям не удалось проникнуть достаточно далеко в историю развития индивидов, или же они не использовали продольные методы исследования. Как предполагается сегодня, агрессивные дети устанавливают реципрокные паттерны взаимно поддерживающих взаимодействий, которые помогают поддерживать и активизировать агрессивные–антисоциальные формы поведения. Эта динамическая система взаимного влияния может быть действенной очень рано, фактически с того момента, как появляются первые социальные взаимодействия, т. е. в младенчестве и в возрасте, когда дети начинают ходить.

Смешанная модель

Недавно Vitaro и коллеги (1997) предложили дополнительную альтернативную интерпретацию упомянутых моделей. Сторонники смешанной модели утверждают, что дети с повышенной агрессивностью, наблюдавшейся на протяжении всего детства (некоторых из них, по Moffitt (1993), называют делинквентами с ранним началом / со стойкой в течение жизни делинквентностью), станут ранними делинквентами в силу особенностей их личности (которые могут быть следствием влияния девиантных родителей либо сибсов, жесткой дисциплины или некоторых других семейных факторов и темперамента, но без посреднической роли девиантных сверстников, согласующейся с моделью индивидуальных характеристик). У этих детей девиантные сверстники все же могут усиливать их первоначальную склонность к делинквентности. Для умеренно или периодически агрессивных детей (которых, по Moffitt (1993), называют делинквентами с поздним началом / с делинквентностью, ограниченной подростковым возрастом) влияние девиантных сверстников будет необходимым условием для того, чтобы стать делинквентами (это согласуется с моделью влияния сверстников). Чтобы стать делинквентами, им недостаточно иметь соответствующие особенности личнос-

ти (или другие семейные характеристики). Они нуждаются в поддержке девиантных сверстников. Таким образом, возможно, именно эти дети, для которых девиантные сверстники играют важную роль в младшем подростковом возрасте (для инициирования делинквентности) и на протяжении всего подросткового периода (для эскалации девиантного поведения), могли бы иметь расстройство поведения с поздним началом или ограниченное подростковым возрастом. Другими словами, между агрессивными тенденциями у детей и агрессией их друзей должна быть криволинейная зависимость в прогнозировании агрессивного поведения детей. Дети с выраженной или с очень слабой предрасположенностью к агрессии будут вести себя соответственно агрессивно или неагрессивно независимо от того, агрессивны ли их друзья. Однако дети со средним уровнем предрасположенности к агрессии продемонстрируют высокий или низкий уровень агрессии в зависимости от того, агрессивны ли их друзья.

Развитие расстройства поведения с поздним началом вследствие влияния девиантных сверстников особенно характерно для девочек. Это умозрительное утверждение основывается на данных о том, что (а) к подростковому возрасту распространенность нарушений поведения среди девочек такая же высокая, как и среди мальчиков, хотя в детском возрасте она была гораздо ниже (Zoccolillo, 1993), и (б) у рано созревших девочек отмечается тенденция устанавливать связи с более старшими девиантными лицами мужского пола (Caspi *et al.*, 1993; Magnusson *et al.*, 1985; Sattin & Magnusson, 1990). Эти связи приводят к усилению нарушений поведения в течение подросткового возраста.

В некоторых отношениях смешанная модель пересекается с моделью влияния сверстников, когда концентрирует внимание на инициировании делинквентности у детей с умеренной или с периодической агрессивностью, которые являются кандидатами в поздние делинквенты. В других отношениях она совпадает с моделью индивидуальных характеристик, когда рассматривается инициирование делинквентности у детей с выраженной и со стабильной агрессивностью, которые могли бы стать рано начавшими делинквентами. И наконец, эскалация делинквентности у детей с выраженной и со стабильной агрессивностью в период подросткового возраста будет больше соответствовать модели социального взаимодействия.

Смешанная модель соответствует данным, опубликованным Simons и соавторами (1994), которые указывают на то, что присоединение к девиантным сверстникам способствовало формированию делинквентности у поздно начинающих делинквентов, а у рано начинающих оно выполняло роль модератора. В последнем случае нарушения поведения были наиболее сильным предиктором последующей делинквентности. В исследования, в которых сообщались данные, соответствующие модели влияния сверстников, возможно, включали главным образом кандидатов в поздние делинквенты. И наоборот, в исследованиях, результаты которых поддерживали модель индивидуальных характеристик или модель социального взаимодействия (в обеих, объясняя начало делинквентности, первичными считают личностные особенности детей), по-видимому, изучали в основном выборки высокого риска с преобладанием ранних делинквентов. Следовательно, все теоретические точки зрения и лежащие в их основе механизмы развития (влияние сверстников, предпочтение сверстников или усиление сверстниками), возможно, равносильны, но они могут не относиться к одним и тем же индивидам.

Смешанная модель помогает объяснить недавно опубликованные результаты исследований, проведенных Fergusson и Horwood (1996), которые установили, что влияние сверстников частично опосредует связь между ранними поведенческими пробле-

мами и делинквентностью. В то же время они обнаружили умеренную прямую связь между ранними поведенческими проблемами и делинквентностью. В разных группах испытуемых влияние могло быть разным. Для одних испытуемых влияние сверстников имело большое значение (для испытуемых с умеренно выраженным расстройством поведения и риском стать делинквентами в период, ограниченный подростковым возрастом), для других дело обстояло иначе (для испытуемых с выраженным расстройством поведения и риском стабильной делинквентности в течение жизни). Однако эти авторы не проверяли такую возможность. В конечном счете, действительно могло оказаться, что различия между моделями социального взаимодействия и смешанной скорее кажущиеся, чем реальные, и являются следствием выбора метода, использованного сторонниками каждой точки зрения. В модели социального взаимодействия применяется главным образом подход, ориентированный на переменные, который показывает, что девиантные сверстники могут «глобально» опосредовать «глобальную» связь между индивидуальными особенностями и последующими поведенческими расстройствами. В этом случае термины «глобально» и «глобальная» обозначают то, что эти влияния в равной степени (т. е. линейно) касаются всех испытуемых выборки. В смешанной модели, наоборот, используется подход, ориентированный на отдельного испытуемого (Bergman & Magnusson, 1987). Этот метод больше подходит для анализа процессов, представляющих интерес на уровне индивида: одни процессы способны воздействовать на одних, другие — на других, без необходимости «усреднения» процесса по отношению ко всем индивидам.

Вероятность того, что только некоторые типы детей восприимчивы к влиянию девиантных друзей, может также объяснить, почему некоторые исследователи, прогнозируя изменения в девиантных нормах или в проявлениях поведения подростков с течением времени, особенно если свойства характера друзей не оценивались с помощью самоотчетов подростков, обнаружили слабые или незначительные эффекты особенностей характера друзей (Berndt & Keefe, 1995; Graham *et al.*, 1991).

Однако некоторые результаты исследований, по-видимому, сложно привести в соответствие со смешанной моделью. Например, Keenan и коллеги (1995) обнаружили, что влияние девиантных сверстников на учеников четвертых и седьмых классов, прежде не имевших признаков делинквентности, в последующем приводило к началу дезорганизованных и делинквентных форм поведения. Однако все дети, у которых под влиянием девиантных друзей возникли дезорганизованные и делинквентные формы поведения, могли быть кандидатами в ограниченные подростковым возрастом делинквенты, так как ни у кого из них не было проявлений дезорганизованного поведения в начале исследования. Следовательно, эти результаты отчасти подтверждают модель влияния сверстников и отчасти опровергают модель индивидуальных характеристик. Похожее предположение возможно относительно результатов, полученных Elliot и Menard (1996), изучавших только испытуемых, у которых в начале исследования не было признаков делинквентного поведения. Elliott (1994) сообщил, что наиболее вероятный путь к инициированию делинквентности у 11- и 12-летних неделинквентов начинается с объединения с девиантными сверстниками. Этот путь оказался еще более значимым, когда рассматривалась серьезная делинквентность. И снова, хотя эти данные и подтверждают модель влияния сверстников, их можно относить только к детям, у которых к младшему подростковому возрасту еще не сформировались делинквентные формы поведения или экстернализованные нарушения, другими словами — к поздним делинквентам.

Кто и почему объединяется с девиантными друзьями

Сходство в поведении является мощным предиктором взаимной привлекательности, поэтому агрессивные дети нравятся друг другу (Boivin & Vitaro, 1995; Cairns *et al.*, 1988). Очень рано, уже в первом классе и даже в дошкольном возрасте, агрессивные–антисоциальные дети присоединяются друг к другу и образуют хорошо идентифицируемые группировки, к которым они способны чувствовать свою причастность (Dishion *et al.*, 1994*c*; Farver, 1996). Привлекательность благодаря сходству может также действовать на психосексуальном уровне, а не толко на поведенческом. Например, рано созревающих девочек привлекают старшие по возрасту девиантные сверстники мужского пола. Кроме того, у друзей, похожих до установления дружеских отношений, со временем сходство усиливается, если они продолжают общаться друг с другом (Epstein, 1983; Kandel, 1978).

Несмотря на сходство между друзьями, до абсолютного подобия в поведении далеко. Коэффициенты корреляции между агрессивным–дезорганизованным поведением подростков и их друзей в лучшем случае имеют средние значения (Dishion, 1994a; Fergusson & Horwood, 1996). Vitaro и коллеги (1997) установили, что примерно один из пяти мальчиков с выраженным дезорганизованным поведением имел общих друзей явно без дезорганизованности, хотя у большинства были общие друзья, характеризующиеся таким поведением. Более того, почти одинаковое количество адаптированных мальчиков объединялись с общими друзьями с выраженным дезорганизованным поведением. Понять, почему некоторые дети «связываются» с девиантными друзьями, полезно в плане профилактических мер, учитывая возможное отрицательное влияние последних на поведение детей. В действительности бывает проще воздействовать на факторы, которые прогнозируют присоединение к девиантным друзьям, чем пытаться уравновешивать такое влияние, после того как присоединение уже произошло, или стараться изменить подобные дружеские связи. Удивительно мало исследователей рассматривали вопрос, почему наиболее агрессивные и некоторые неагрессивные дети объединяются с девиантными сверстниками, помимо объяснения сходством в поведении.

Отвержение сверстниками

Установлено, что после внесения поправки на антисоциальное поведение детей и проблемы в учебе, отвержение обычными сверстниками прогнозировало объединение детей с девиантными сверстниками (Dishion *et al.*, 1991). Физическое созревание также может вносить вклад в этот процесс у индивидов обоего пола (Dishion *et al.*, 1999; Stattin & Magnusson, 1990). Однако, как показали Cairns и коллеги (1988), большинство агрессивных детей и подростков отвергаются не всеми их сверстниками. Многие агрессивные дети формируют группировки, включающие других агрессивных (и, возможно, отвергнутых) ровесников. Более того, они завязывают дружбу внутри таких группировок. Следовательно, агрессивные антисоциальные дети, вероятно, отвергаются обычными сверстниками, однако все же вовлекаются в группировки и в дружеские отношения с другими агрессивными антисоциальными детьми. Таким образом, отвержение обычными сверстниками и объединение с антисоциальными сверстниками можно рассматривать как дополняющие друг друга и отчасти независимые собы-

тия, способствующие девиантному поведению. Кроме того, они могут давать эффект взаимодействия. Например, отвержение обычными сверстниками может потенцировать влияние девиантных друзей, тогда как принятие обычными сверстниками может защищать от влияния девиантных сверстников. И наконец, в среде, где агрессия является нормой или ценится, она может в значительной степени усиливать, а не уменьшать популярность (Boivin *et al.*, 1995; Coie *et al.*, 1995). При таких обстоятельствах, как отметили Coie и коллеги (1995), именно популярность, а не отвержение имеет положительную связь с объединением с девиантными сверстниками.

Процессы, связанные с отношениями с родителями

Слабая связь с родителями или неэффективные методы управления семьей, например недостаточный надзор или контроль, способствуют тому, что индивид оказывается в окружении девиантных сверстников. Dishion и коллеги (1991) показали, что плохой контроль вносил значимый вклад в прогнозирование объединения с девиантными сверстниками спустя два года после учета антисоциального поведения и недостаточного принятия сверстниками в доподростковом возрасте. Однако ранее Snyder и коллеги (1986) отметили, что с возрастом меняется относительное влияние контроля и дисциплинарных мер со стороны родителей, а также личностных особенностей детей (т. е. недостаток социальных навыков и антисоциальные установки) в прогнозировании объединения с девиантными сверстниками. Elliot и коллеги (1985) объясняли стремление индивидов к девиантным сверстникам слабыми узами с родителями. Более того, в соответствии с моделью влияния сверстников они показали, что объединение с такой группой опосредовало связь между слабыми узами привязанности к родителям и последующей делинквентностью. И наоборот, в соответствии с моделью индивидуальных характеристик (Gottfredson & Hirshi, 1990) недостаточно тесная связь с родителями формирует слабый самоконтроль и, следовательно, непосредственно способствует развитию девиантных форм поведения.

Patterson и коллеги (1992) описали интегрированную модель развития, чтобы объяснить объединение с девиантными сверстниками. Эта модель представляет собой первую часть модели взаимодействия, описанной ранее при рассмотрении роли девиантных друзей в инициировании делинквентного поведения. В соответствии с этой моделью плохое воспитание взаимодействует с трудным темпераментом ребенка и приводит к поведенческим проблемам, которые он переносит в другое социальное окружение, например в школу или в отношения со сверстниками. Поведенческие проблемы в свою очередь приводят к взаимосвязанным трудностям в школе и к отвержению сверстниками. И наконец, отверженные дети избегают внешнего окружения (например школы, дома) и людей (обычных сверстников, взрослых и т. п.), которые служат средством наказания, и ищут социальное окружение и социальные средства (т. е. девиантных друзей), соответствующие их характеру и интересам. Как недавно показали Brendgern и коллеги (1988), низкая самооценка может быть опосредующим психологическим фактором в процессе установления связи между неблагоприятными отношениями «родитель–ребенок», поведенческими проявлениями, а также отвержением сверстниками и присоединением к девиантным сверстникам.

Насколько нам известно, никто из авторов не исследовал влияние характерных особенностей родителей (антисоциальная личность, депрессия) детей на объединение с

девиантными сверстниками. Если они и влияют, то скорее всего через плохой контроль над детьми. Характерные особенности родителей также воздействуют через процесс моделирования, например когда антисоциальные родители тесно связаны с другими антисоциальными взрослыми (Doyle & Markiewicz, 1996). Кроме того, как утверждают в своей публикации Andrews и соавторы (1997), хорошие отношения с антисоциальными родителями могут усиливать, а не уменьшать стремление к объединению с девиантными сверстниками.

И наконец, связь с родителями или принятые в семье методы контроля также могут опосредовать влияние девиантных сверстников на нарушения поведения у детей. Например, Mason и соавторы (1994) сообщали, что хорошие отношения между матерью и подростком ослабляли влияние девиантности сверстников на испытуемых, в то время как отсутствие отца усиливало его. Оказалось, что время, проведенное с семьей, также препятствовало влиянию делинквентных сверстников. Этот ослабляющий эффект времени, проведенного с родителями, можно объяснить ограничением доступа к делинквентным сверстникам или усилением влияния законопослушного поведения родителей (Warr, 1993*b*). Warr (1993*b*) также предоставил данные о том, что эмоциональная привязанность к родителям (тесное общение и эмоциональная близость) не уменьшает потенциально отрицательного влияния девиантных друзей на формирование делинквентности у подростков, которые уже были подвержены такому влиянию. Тем не менее привязанность родителей может препятствовать установлению дружеских отношений с девиантными ровесниками, что опосредованно может способствовать профилактике делинквентности. Наоборот, связь между слабой привязанностью родителей и делинквентным поведением подростков, по-видимому, опосредована их присоединением к девиантным друзьям. Однако в большинстве исследований, демонстрирующих ослабляющий или опосредующий эффект влияния родителей, не учитывался исходный уровень поведенческих проблем у испытуемых. Следовательно, положительная привязанность к родителям или время, проведенное с семьей, могут отражать положительные качества характера детей. Более того, в проведенных исследованиях испытуемым предлагали оценить поведенческие проблемы всех сверстников, с которыми они контактируют, а не определенных друзей или лучшего друга. Испытуемые также оценивали свои отношения с родителями. В противоположность предыдущим результатам исследований, Hoge и соавторы (1994), а также Keenan и соавторы сообщили об отсутствии взаимосвязи между характеристиками отношений внутри семьи и объединением с девиантными сверстниками в прогнозировании тяжелой делинквентности. Эти противоречивые результаты указывают на то, что изучаемая проблема далека от решения.

Двойственная роль друзей

Изучению влияния девиантных друзей на последующую делинквентность посвящено большое количество исследований. И лишь в немногих из них рассматривался защитный эффект обычных сверстников у детей из группы риска. В одном из таких исследований Brown и коллеги (1986) установили, что недевиантные друзья влияют на детей таким образом, что они не вовлекаются в группы, характеризующиеся антисоциальным поведением. Однако Vitaro и коллеги не обнаружили защитного влияния обычных друзей на динамику развития делинквентности у мальчиков в младшем подростковом возрасте с дезорганизованным поведением.

Еще в меньшем количестве исследований анализировалось влияние такого фактора, как отсутствие друзей, на развитие делинквентности у детей. Учитывая то, что агрессивные–антисоциальные дети сообщают о таком же количестве друзей и в такой же пропорции входят в группы сверстников, что и неагрессивные–неантисоциальные дети (Boivin & Vitaro, 1995; Cairns *et al.*, 1988), чтобы собрать достаточное количество (агрессивных–антисоциальных) детей, у которых нет настоящих друзей, следует использовать такой строгий критерий, как взаимность. В соответствии с моделями влияния сверстников и социального взаимодействия отсутствие друзей должно предотвращать инициирование или эскалацию делинквентности, особенно потому, что большинство открытых действий и некоторые скрытые делинквентные проступки совершаются в компании сверстников (Miller, 1982; Reiss, 1986). И наоборот, с позиции модели индивидуальных характеристик при отсутствии друзей различий не наблюдается. Vitaro и коллеги (1997) показали, что мальчики с выраженным дезорганизованным поведением, не имевшие близких друзей, были не более и не менее делинквентными, чем их сверстники, имевшие общих девиантных друзей, хотя у них отмечался более высокий риск длинквентности из-за плохой успеваемости в школе и выраженного дезорганизованного поведения.

Отвержение обычными сверстниками может также способствовать инициированию или эскалации делинквентности, поскольку способствует объединению отвергнутых детей с девиантными детьми, часть из которых пребывает вне школьной системы. В подтверждение этой гипотезы De Rosier и коллеги (1994) показали, что постоянное отвержение сверстниками ассоциируется с повышенным уровнем агрессии в школе. Более того, Kupersmidt и коллеги (1995) установили, что отверженные дети, сообщавшие о более частых конфликтах со своим лучшим другом, были более склонны к делинквентности, чем отверженные дети, сообщавшие о низкой или средней частоте конфликтов, хотя у них отмечалась тенденция к меньшей агрессивности. Авторы, интерпретируя эти результаты, высказали предположение, что отверженные дети, которые сообщали о частых конфликтах со своим лучшим другом, действительно имели настоящего друга и входили в группу делинквентных сверстников. И наоборот, отверженные дети, редко конфликтующие, возможно, имели недостаточно близкие отношения с лучшим другом и дефицит навыков, необходимых для вовлечения в социальные взаимодействия. Таким образом, редкие конфликты могут отражать выраженный дефицит социальных навыков. Недостаточно развитые социальные навыки, в свою очередь, по-видимому, предотвращают делинквентность, поскольку дети не умеют устанавливать дружеские отношения с другими агрессивными / девиантными детьми, равно как и с обычными сверстниками. Кроме того, редкие конфликты, возможно, отражают лучшие способности к решению проблем. В этом исследовании авторы также отметили, что наличие друзей не защищает от делинквентности, в то время как агрессивность друзей, помимо отвержения сверстниками и других социальных факторов, повышает вероятность делинквентности.

И наконец, только в одном исследовании (Brendgen *et al.*, 2000) пытались выяснить, защищают ли девиантные друзья детей от развития интернализованных нарушений поведения, несмотря на то, что они могут подвергнуть их риску возникновения делинквентного поведения. В целом близкие отношения с лучшим другом препятствуют снижению самооценки, ассоциированной с отвержением сверстниками или с одиночеством (Bukowski & Hoza, 1989; Vernberg, 1990). Они также ослабляют

депрессивные чувства у депрессивных детей, которым удается завязать дружбу в школьные годы (Allen *et al.*, 1995). Все же наличие общего друга не предотвращает развитие интернализованных нарушений или формирование заниженной самооценки у отверженных детей (Hoza *et al.*,1995; Vandell & Hembree, 1994). Brendgen и коллеги (1998, 2000) получили подобные результаты у детей, имеющих девиантных друзей: наличие общих (девиантных) друзей не защищало их от усиления депрессивных переживаний в течение года (т. е. в период между 12 и 13 годами) по сравнению с детьми, не имевшими друзей.

Характерные особенности дружеских отношений

Прежние результаты исследований наводят на мысль, что, возможно, для воспитания благополучных индивидов недостает некоторых важных свойств дружеским отношениям и социальным взаимодействиям между агрессивными–антисоциальными или отверженными детьми и их девиантными сверстниками. Этими аспектами в значительной степени пренебрегали. Большинство авторов концентрировали внимание на количестве девиантных друзей или на их характерных особенностях, игнорируя при этом потенциальное влияние на адаптацию таких характеристик, как близость, конфликтность, стабильность и т. п. (Sullivan, 1953). Эту точку зрения редко применяли для того, чтобы объяснить влияние друзей на развитие делинквентности или расстройства поведения. Тем не менее последние исследования показали, что влияние девиантных друзей сильнее, если дети удовлетворены взаимоотношениями (Agnew, 1991; Kupersmidt *et al.*, 1995). Однако в целом для дружеских отношений делинквентных подростков по сравнению с неделинквентными характерно меньше положительных качеств (поддержка, признание и чувство безопасности) и больше отрицательных (принуждение, конфликты) (см. обзор Marcus, 1996).

Учитывая относительный дефицит положительных качеств в дружбе девиантных подростков, нет ничего удивительного в том, что она не предупреждает развитие у детей интернализованных нарушений. Более того, из-за наличия отрицательных качеств, например доминирование, принуждение и неразрешенные конфликты, есть все основания полагать, что дружеские отношения сами по себе (и сопутствующие им процессы взаимодействия) способствуют агрессивно-девиантному поведению, независимо от характерных особенностей друзей.

В подтверждение описанных выше предположений Berndt и Keefe (1995) опубликовали данные об обычных детях, указывающие на то, что отрицательные качества усиливали сообщаемые детьми дезорганизованные тенденции в поведении в школе и одновременно имели отношение к низкой самооценке. В дополнение к этому Buhrmester и Yin (1997) недавно сообщили, что негативный опыт общения с друзьями (т. е. низкий сводный показатель положительных качеств, таких как открытость, поддержка, одобрение, удовлетворенность и дух товарищества, а также высокий сводный показатель отрицательных качеств, таких как конфликтность, критические замечания, давление, изоляция и использование силы) после внесения статистической поправки на показатели адаптации для шестого класса служил прогностическим фактором усиления агрессии, делинквентности, употребления психоактивных веществ, одиноче-

ства и депрессии в период между шестым и восьмым классами школы. Соответствующие особенности характера их друзей-шестиклассников прогнозировали у испытуемых только поведенческие проблемы в школе и делинквентность, подтверждая, что свойства дружеских отношений могут оказывать более сильное влияние на последующую адаптацию, чем характеристики друзей. Однако эти авторы не оценивали относительное, аддитивное и интерактивное влияние, которое могли оказать на адаптацию подростков особенности дружеских отношений и поведенческие характеристики друзей.

Теоретики социологически-криминологического направления, например Sutherland (1947) и Warr (1993*a*), делают акцент на других свойствах дружеских отношений, которые, возможно, способствуют усилению влияния девиантных друзей (в соответствии с моделью влияния сверстников). Количество девиантных друзей, время, проводимое в их компании, возраст, в котором ребенок впервые был подвержен воздействию девиантных друзей, значимость девиантных друзей для субъекта или лояльность по отношению к друзьям — все это вероятные свойства, которые могут усиливать влияние друзей. Warr (1993*a*) предоставил данные о том, что и возраст, в котором впервые проявилось влияние девиантных друзей, и продолжительность такого влияния (количество лет) способствуют прогнозированию делинквентности, о которой сообщали сами испытуемые в 17-летнем возрасте. Однако примечательно то, что из числа подростков с одинаковой продолжительностью влияния на них девиантных друзей о более высоком уровне делинквентности сообщали те, кто приобрел делинквентных друзей совсем недавно. Тем не менее возраст индивида, когда он впервые подвергся влиянию девиантных друзей, и продолжительность этого влияния не были независимыми, поскольку объединение с девиантными друзьями, однажды начавшись, обычно остается стабильным, хотя отдельные друзья и могут меняться. Warr (1993*a*) также предоставил данные, свидетельствующие о том, что возрастное распределение делинквентности в течение подросткового периода соответствует возрастным изменениям значимости сверстников и преданности им, равно как и количеству времени, проводимому в их компании. Оба аспекта достигают своей кульминации при переходе из среднего в старший подростковый возраст, ослабевая впоследствии.

Свойства дружеских отношений могут также выполнять функцию модераторов влияния девиантных друзей на экстернализованные проблемы. Положительные качества, например привязанность, дружеское общение и близость, положительно коррелируют с социальной адаптацией подростков (Furman, 1996) и, как было установлено, отрицательно — с делинквентностью (Buhrmester, 1990); однако они все же могут нести в себе негативный потенциал, усиливая влияние девиантности друзей на делинквентность испытуемых, как показали Agnew (1991), а также Wills и Vaughan (1989). Однако некоторые авторы (Kupersmidt *et al.*, 1995) не обнаружили никакой взаимосвязи между свойствами дружеских отношений, такими как поддержка или конфликтность, и агрессивностью лучших друзей в прогнозировании делинквентности. Учитывая то, что качество дружеских отношений у агрессивных детей может быть ниже, чем у неагрессивных, необходимы дополнительные исследования. В них следует определить, как положительные и отрицательные аспекты дружбы агрессивных детей с их возможными девиантными друзьями могут умерять воздействие последних, если это имеет место.

Предполагаемые механизмы влияния

Модели, которые мы рассмотрели, основываются на идее, что друзья отрицательно влияют на поведение детей через принуждение, подкрепление девиантного поведения, поддержку и выражение позиций, поощряющих использование агрессии, моделирование отрицательного поведения и обучение конфликтному поведению без использования методов решения проблем.

В исследовании, проведенном Berndt и коллегами (Berndt, 1989; Berdnt & Keefe, 1995), младшие подростки, имевшие негативный опыт ощения с друзьями (конфликты и т. п.), сообщали о более выраженном дезорганизованном поведении к моменту завершения учебы в школе, даже после учета исходного уровня деструктивности в поведении. Berndt (1996) интерпретирует эти результаты, полагая, что дети с негативно-конфликтным стилем взаимодействия с друзьями в действительности научаются поддразнивать, спорить и настаивать на собственной точке зрения в конфликтных ситуациях. Они могут переносить на учителей и одноклассников эти новые варианты дезорганизованного поведения. Еще более действенным этот процесс может быть между детьми с агрессивно-дезорганизованными тенденциями, у которых отсутствуют навыки применения методов решения проблем (Dodge, 1993). Теорию принуждения (навязывания), предложенную Patterson (1982) для того, чтобы объяснить, как отрицательные взаимодействия в общении между родителями и детьми могут приучать последних к дезорганизованному поведению, можно успешно использовать для объяснения отрицательного взаимодействия между друзьями. В подтверждение существования процесса принуждения между делинквентными детьми Windle (1994) установил, что для дружеских отношений делинквентных детей характерно «доминирование–подчинение», наоборот, неделинквентные дети, в большинстве случаев являются поборниками равноправия. Dishion и коллеги (1994*a*) также обнаружили, что антисоциальные мальчики стремятся вести себя как боссы по отношению к своим друзьям и во время взаимодействия прибегают к принуждению значительно чаще, чем обычные мальчики. Kupershmidt и коллеги (1995) показали, что конфликты с лучшим другом прогнозируют делинквентность, кроме того, что ее уже прогнозировали показатели отвержения сверстниками и агрессивность лучшего друга. Следовательно, как ранее предполагалось, отрицательные качества дружеских отношений агрессивных детей с их девиантными друзьями, возможно, непосредственно влияют на проблемное поведение этих детей через обучение, построенное на принуждении.

Девиантные друзья могут обучать детей антисоциальному поведению посредством подкрепления девиантного поведения; об этом свидетельствуют данные, полученные Dishion и коллегами и представленные в написанной ими главе этой книги. Непосредственно изучая видеозаписи дискуссий групповых сеансов, посвященных обучению методам решения проблем, эти авторы установили, что групповые сеансы, во время которых сверстники поддерживали и подкрепляли (через смех или невербальную положительную обратную связь) разговоры, нарушающие правила, фактически приводили к усилению последующего делинквентного поведения и злоупотребления психоактивными веществами, даже после учета прежнего уровня таких форм поведения (Dishion & Andrews, 1995; Dishion *et al.*, 1995*a*, 1996). В другом исследовании Dishion и коллеги (1994*b*; цит. Dishion *et al.*, 1995*b*) обнаружили, что антисоциальные мальчи-

ки добивались от своих друзей менее положительных реакций, следующих за нормативным разговором, чем обычные мальчики от своих друзей. Тем не менее антисоциальные и обычные мальчики и их друзья обычно одинаково смеялись после словесных предложений, нарушающих правила. Это было интерпретировано как подтверждение дифференцированного подкрепления поведения, нарушающего правила в антисоциальных парах.

Warr и Stafford (1991) отметили, что на делинквентность у подростков поведение сверстников (то, что они делают) оказывало большее влияние, чем их установки (то, что они думают). Тем не менее девиантные друзья могут влиять на используемые детьми методы решения проблем, определяя или демонстрируя атрибутивные реакции, отрицательные эмоциональные реакции, повышая ценность агрессивного поведения или предлагая агрессивные решения (Crick & Dodge, 1994). Недавно Bredgen и коллеги (1999) опубликовали данные, указывающие на то, что дети, имеющие агрессивных друзей, склонны принимать более агрессивные решения в ответ на неоднозначно провокационные ситуации, даже после учета их исходных социально-когнитивных методов решения конфликтов.

С другой стороны, большинство подростков с антисоциальным поведением воздерживаются от делинквентности в ранний период взрослости. Этот переломный момент в развитии следует после разрыва с делинквентными сверстниками (Mulvey & Aber, 1988), возможно из-за того, что у них возникают любовные отношения (Nagin & Farrington, 1992). Однако такой путь применим только к делинквентам с поздним началом и с делинквентностью, ограниченной подростковым возрастом. У делинквентов с ранним началом или с делинквентностью, сохраняющейся на протяжении жизни, установление любовных отношений не обязательно приводит к снижению уровня делинквентности, поскольку: (а) оно не следует за разрывом связей с девиантными сверстниками; (б) романтический партнер, как прогнозирует процесс «ассортативного спаривания», также может быть антисоциальным; (в) индивидам с ранним началом делинквентности, как предполагают модель влияния сверстников и смешанная модель, для инициирования их делинквентного поведения, возможно, не нужна помощь сверстников, таким образом, разрыв связей с девиантными сверстниками будет иметь незначительные (если вообще будет иметь) последствия.

Друзья и профилактика / вмешательства при поведенческих расстройствах

Исследования, посвященные рассмотрению мер профилактики и вмешательств, помогают эффективно манипулировать факторами риска или защитными факторами (ослабляя связи с девиантными и усиливая связи с обычными друзьями), чтобы изучить их причинные связи с делинквентностью (Loeber & Farrington, 1995). Действительно, исследование, нацеленное на улучшение характерных особенностей друзей и дружеских отношений с использованием экспериментального «дизайна», дает реальную возможность изучить причинные связи. Улучшение характерных особенностей друзей детей из группы риска в соответствии с моделью влияния сверстников должно способствовать снижению у них уровня делинквентности, однако не вызовет каких бы

то ни было изменений в соответствии с моделью индивидуальных характеристик. В соответствии с моделью социального взаимодействия или со смешанной моделью можно было бы рассчитывать на средний или на смешанный результат: например, уровень делинквентности должен уменьшаться в группе, в которой применялись профилактические меры / вмешательства, но только в подгруппе детей (т. е. только у поздних делинквентов или у детей с умеренно выраженным дезорганизованным поведением). С другой стороны, на снижение уровня делинквентности в профилактической / терапевтической группе можно было бы рассчитывать только в том случае, если бы свойства характера друзей улучшились в течение короткого промежутка времени в соответствии с моделью социального облегчения, тогда как в соответствии с моделью социального контроля такие изменения не прогнозируются.

В немногих исследованиях предпринимались попытки повлиять на свойства характера друзей как на средство профилактики / снижения делинквентности, несмотря на их теоретическую и клиническую полезность. Заметным исключением является исследование, проведенное Feldman и Caplinger (1983), которые успешно использовали недевиантных друзей для воздействия на траекторию развития мальчиков-делинквентов. Однако эти авторы смешали переменную структуры группы (подверженность или неподверженность влиянию недевиантных сверстников) с двумя другими переменными (два вида лечения и два уровня опытности терапевтов). Как следствие, невозможно было оценить чистое влияние фактора подверженности влиянию недевиантных сверстников, так как авторы не изучали никаких взаимосвязей между переменными.

Vitaro и коллеги (1999) наглядно продемонстрировали, что профилактическая программа достигает цели у мальчиков с дезорганизованным поведением, предупреждая развитие расстройства поведения посредством влияния на снижение уровня деструктивности и на выбор друзей (т. е. мальчики, участвовавшие в профилактической программе, выбирали менее девиантных друзей, чем мальчики из контрольной группы). В свою очередь свойства характера друзей опосредовали связь между ранним редуцированием дезорганизованных форм поведения и последующим редуцированием проявлений расстройства поведения.

Многие исследователи формировали пары детей либо с другом, либо с обычным сверстником и затем сравнивали их поведение или поведение их партнеров в контролируемых условиях (Hartup *et al.*, 1993; Nelson & Aboud, 1985). Azmitia и Montgomery (1993) установили, что навыки решения проблем у детей были значительно лучше, если этому предшествовали совместные действия с друзьями (а не с обычными сверстниками) в аналогичных ситуациях. Более того, авторы показали, что выполнение заданий по решению проблем положительно коррелировало с разрешением конфликтных ситуаций во время совместных сеансов. Однако если ребенок и его друг не имеют навыков решения проблем, но часто конфликтуют, как, по-видимому, бывает в случаях с делинквентными друзьями (Marcus, 1996), они на самом деле могут обучаться несоответствующему поведению. Кроме того, дети и их друзья могут подкреплять девиантное поведение друг друга (Dishon *et al.*, 1996). Следовательно, не исключено, что друзей девиантных детей может быть трудно вовлекать в терапевтический процесс (когда применяется вмешательство, нацеленное на редуцирование делинквентности), первоначально не изменив методы решения проблем исследуемых детей и их друзей, их отношение к девиантному поведению и стиль взаимодействия, характерный для их дружеских отношений. Высказанные ранее предположения подтверждаются ятроген-

ными эффектами, описанными Dishion и Adrews (1995), которые сгруппировали подростков с антисоциальным поведением вместе, чтобы формировать у них навыки (некоторые из них стали друзьями). Dishion и коллеги (1999) установили, что часть отрицательных результатов Сомервилльского исследования по изучению профилактических мер была связана с тем, что в летних лагерях объединяли в одну группу мальчиков с дезорганизованным поведением. С другой стороны, возможно, целесообразна коррекция склонности агрессивных детей очень рано (уже в дошкольном возрасте) объединяться в группы (Farver, 1996). Этого можно добиться, включая сверстников с просоциальным поведением в «искусственно созданные» детские сады. Однако эта стратегия повысила бы риск отрицательного влияния агрессивных детей на обычных сверстников. Возможно, один из способов, позволяющих избежать такого отрицательного эффекта, — формировать детсадовские группы или объединенные школьные группы с высоким процентным соотношением обычных детей и девиантных. Однако в таких группах существует риск, что девиантные дети окажутся отверженными. Следовательно, сложно и, по-видимому, неэтично: (а) пытаясь улучшить навыки у всех участников, подвергать девиантных детей взаимному влиянию друг на друга из-за потенциального риска ятрогенных эффектов; (б) подвергать девиантных детей влиянию обычных детей (и надеяться, что некоторые из них станут друзьями) из-за потенциального риска отрицательного влияния на обычных детей или отвержения антисоциальных детей.

Эта ситуация может объяснить недостаток клинико-экспериментальных исследований, в которых пытаются повлиять на выбор друзей, скорректировать особенности их характера или непосредственно улучшить дружеские отношения. Тем не менее на эти процессы можно повлиять, используя более эффективные методы решения проблем, улучшая поведение изучаемых детей и их друзей, а также совершенствуя навыки родителей, которые помогут им контролировать выбор их детьми друзей. Другую возможную и интересную стратегию разработали Coje и Jacobs (1993). Эти авторы предлагают влиять на лидеров девиантных сверстников, предоставляя им благоприятные возможности общаться с молодежными кумирами, делать это публично в обстановке, в которой они поддерживают ненасильственное и не связанное с риском поведение. В случае успеха новые установки и формы поведения этих лидеров повлияли бы на других членов групп девиантных сверстников, предоставляя им возможность повысить ценность собственного подобного поведения. Однако первая главная задача успешного влияния на поведение и установки лидеров сверстников все еще ожидает эмпирического подтверждения.

Влияние друзей на дезадаптацию девочек

До сих пор неизвестно, каково влияние девиантных друзей на возникновение расстройства поведения у девочек, так как в большинство исследований включали только мальчиков. Исключением является исследование, проведенное Magnusson и коллегами (1985), которые установили, что рано созревающие девочки имеют более высокий уровень делинквентности, чем созревающие своевременно или поздно. У них также были друзья мужского пола (в основном девиантные) старше их самих. И наконец, внутри своей группы рано созревающие девочки, имевшие старших друзей мужского пола,

отличались еще более выраженной делинквентностью, чем имевшие друзей-ровесников или вообще не имевшие таковых. Несмотря на описанные выше результаты исследований, о влиянии друзей на делинквентное поведение девочек известно мало по сравнению с влиянием на поведение мальчиков. Учитывая то, что распространенность расстройства поведения среди девочек почти такая же, как и среди мальчиков в подростковом возрасте, но значительно ниже в детском возрасте (Robins, 1986; Zoccolillo, 1993), вполне правдоподобно звучит предположение, что девочек с расстройством поведения, которые относятся к категории поздних делинквенток (или с делинквентностью, ограниченной подростковым возрастом), пропорционально больше, чем мальчиков с расстройством поведения. Следовательно, влияние сверстников на девочек может быть даже более существенным, чем на мальчиков, особенно вследствие того, что девочки обычно раньше мальчиков входят в смешанные по возрасту и по полу группы (Stattin *et al.*, 1989). Это предположение согласуется с моделью влияния сверстников и со смешанной моделью. Однако в соответствии с моделью индивидуальных характеристик у рано созревающих девочек, наиболее чувствительных к влиянию сверстников (особенно со стороны старших мужчин вне школьной системы), обычно отмечаются более серьезные адаптационные нарушения и более частые случаи нарушения социальных норм, чем у девочек, созревающих вовремя (Caspi *et al.*, 1993; Caspi & Moffitt, 1991; Simmons & Blyth, 1987; Stattin & Magnusson, 1990).

Еще одно возможное основание для предположения в том, что девочки более восприимчивы к влиянию сверстников, чем мальчики, — данные, указывающие на то, что у девочек в подростковом возрасте для дружбы характерны более близкие отношения и привязанность, чем у мальчиков (Berndt, 1982; Savin-Williams & Berndt, 1990). Следовательно, вполне возможно, что девочки могут быть больше подвержены влиянию сверстников в младшем подростковом возрасте (включая влияние старших девиантных мальчиков), чем мальчики (Kandel, 1986; Margulies *et al.*, 1977). Однако некоторые авторы опубликовали данные, не подтверждающие эту точку зрения (Urberg *et al.*, 1991). Безусловно, чтобы глубже понять эту проблему, необходимы дополнительные исследования.

Будущие направления исследований

В предыдущих разделах сделан акцент на некоторых проблемах, на которые следует обратить внимание в будущих исследованиях; необходимы многомерные лонгитудинальные (продольные) исследования, в которых одновременно, аддитивно и во взаимодействии будут учитываться несколько источников социализации: сверстники, родители, учителя и сибсы. Особенно можно было бы изучить влияние сибсов, главным образом в младенчестве и в возрасте, когда дети начинают ходить, поскольку используемые приемы напоминают те, к которым прибегают в отношениях со сверстниками (т. е. конфликт и поддержка) (Loeber & Tangs, 1986; Patterson, 1986; Stormshak *et al.*, 1996). Вопреки прогнозам в соответствии с моделью индивидуальных характеристик (Gottfredson & Hirschi, 1990; Hirschi, 1969) в большинстве исследований по изучению сравнительного вклада влияния сверстников и семьи (контроль, надзор, дисциплинарные меры) установлено, что сверстники были первым источником влияния

(Agnew, 1991; Akers *et al.*, 1979; Elliot *et al.*, 1985). Однако эти исследования тенденциозны в пользу сверстников, поскольку в них использовали выборки подростков младшего подросткового возраста или подростков, особенно чувствительных к влиянию сверстников. В подтверждение этого мнения результаты метаанализа, выполненного Lipsey и Derzon (1998), показали, что антисоциальные сверстники были вторым наилучшим предиктором серьезной делинквентности в течение подросткового возраста и в ранний период взрослости при условии, что оценка проводилась в 12-летнем возрасте и позже. И наоборот, если оценка проводилась в возрасте до 12 лет, антисоциальные сверстники занимали последнее место в ряду двадцати прогностических факторов. Однако вывод авторов о том, что девиантность друзей не способствует делинквентности в возрасте до 12 лет, основывался на очень небольшом количестве исследований.

Исследователям следует также изучить вклад типичных, дополнительных, а также специфических характеристик наилучших друзей и других типов социального окружения, таких как близкие друзья, группировки и общие группы сверстников. Влияние каждого типа окружения на делинквентность субъекта может значительно варьироваться в зависимости от их конвергенции с нарушающими нормы вариантами поведения и установками. Исследователи должны также пользоваться точным определением дружеских отношений, как предлагают некоторые авторы (Bukowski & Hoza, 1989). И наконец, они должны учитывать степень близости и другие свойства отношений между друзьями, в дополнение к вовлеченности в дружбу или к количеству близких друзей (Urberg *et al.*, 1997)

Нам также нужны экспериментальные процедуры, чтобы проверить причинные связи и регулируемые переменные, имеющие отношение к влиянию друзей (особенности характера друзей, свойства дружеских отношений и стиль взаимодействия). Мы предлагаем «экспериментальные процедуры» в дошкольном возрасте, создавая детсадовские группы, в которых бы отделяли агрессивных детей от их агрессивных друзей и присоединяли к неагрессивным (к тем, у кого невысокий риск отвержения их, а также к тем, кто, возможно, более влиятелен, чем другие одноклассники). Важно, чтобы процентное соотношение неагрессивных и агрессивных детей, безусловно, было в пользу преобладания первых. Дошкольный возраст — это интересный период, поскольку дружеские отношения в это время непостоянны и поддаются изменению без отрицательных реакций со стороны детей. В этот период можно было бы легче добиться сотрудничества с учителями и разрешения со стороны родителей; обучение концентрируется больше на социализации, чем на академической успеваемости, и, наконец, этические проблемы, по-видимому, легче преодолеваются, чем у старших детей. Как отмечалось, процессы отбора и социализации действуют уже в дошкольном возрасте. Более того, наличие (предположительно недевиантных) друзей и положительные качества дружеских отношений в дошкольном возрасте связаны с ранней школьной социальной адаптацией и с успеваемостью (Ladd, 1990; Ladd *et al.*, 1996). Переходный период из дошкольного возраста в начальную школу и (хотя и более сложно) между начальной и средней школой может также быть еще одной возможностью для таких процедур. В этом контексте было бы полезно сделать акцент на всех переменных-модераторах, которые максимально усилят влияние неагрессивных друзей (социальный статус, свойства дружеских отношений и т. д.), так как действительно важно продолжать изучение (защитных) факторов, которые ослабят влияние девиантных друзей на девиантность детей. Профилактические меры можно было бы нацелить на влияющие

переменные-модераторы всех типов (личностные, семейные, социальные и т. д.), а не стремиться прямо избегать или ослаблять влияние девиантных друзей (что бывает трудно осуществить).

Кроме того, следует различать влияние девиантных друзей в зависимости от подтипов расстройства поведения. Keenan и коллеги (1995) получили сходные результаты при открытом и скрытом типах делинквентного поведения. Однако Coie и коллеги (1996) установили, что объединение с девиантными сверстниками сильнее влияло на серьезные правонарушения, чем на незначительную делинквентность. Серьезная делинквентность включала в себя уголовно наказуемые воровство, насилие, грабеж и поджоги.

Выводы

(а) Как показали многие авторы (см. Bukowski *et al.*, 1996), наличие друзей положительно влияет на социально-эмоциональное, социально-когнитивное и социальное развитие детей. Однако друзья могут оказывать вредное влияние, обусловленное их личностными особенностями и характером дружеских отношений или предоставляемой ими обратной связью, способствуя развитию экстернализованных и, возможно, интернализованных проблем в поведении.

(б) Возможны культуральные и этнические различия в том, как соотносятся между собой свойства характера друзей, качество дружеских отношений и пути развития делинквентного поведения. Их следует учесть в будущих исследованиях.

(в) Многие исследователи изучили влияние девиантных друзей на развитие проблемных форм поведения, которые близки к расстройству поведения, но, тем не менее, отличаются от него. К ним относятся, например, употребление психоактивных веществ (Curran *et al.*, 1997; Kandel, 1978) и уход из школы (Cairns *et al.*, 1989; Elliot и Voss, 1974). Эти авторы поднимали теоретические и методологические вопросы, сходные с теми, которые обсуждались в этой главе. Интеграция этих исследований позволила бы расширить границы наших нынешних представлений о влиянии друзей на психологическую дезадаптацию.

(г) Чтобы помочь объяснить влияние сверстников на траекторию развития девиантного поведения, были предложены четыре разные теоретические модели. Модель индивидуальных характеристик рассматривает сверстников как второстепенный фактор на пути, ведущем от ранних форм дезорганизованного поведения к последующим поведенческим расстройствам. В соответствии с моделью влияния сверстников, наоборот, предполагается, что они играют опосредующую роль — без участия сверстников расстройство поведения не развивалось бы. Модель социального взаимодействия предполагает, что сверстники выполняют вспомогательную функцию, они повышают риск возникновения расстройства поведения у детей с поведенческими проблемами. И наконец, в соответствии со смешанной моделью допускается, что все описанные выше модели могут быть действенными в зависимости от личностных особенностей ребенка и семейных характеристик: для одних детей, возможно, нужны девиантные сверстники, для других они не играют существенной роли, для третьих выступают в качестве облегчающего фактора.

Противоречия между исследованиями, в которых пытались поддерживать только одну специфическую модель, могут возникать, по меньшей мере частично, из-за методологических проблем. Например, в моделях, которые выдвигают на передний план личностные особенности детей как объяснение пускового фактора причинной цепочки событий, приводящих в дальнейшем к расстройству поведения, обычно используют выборки испытуемых с высоким риском (основанном на личностных особенностях детей или на социально-семейных условиях). Многие дети в таких выборках являются кандидатами в ранние делинквенты, и часть из них — это дети со стойким антисоциальным поведением на протяжении жизни. И наоборот, в исследованиях, демонстрирующих первенство девиантных сверстников в подтверждение модели влияния сверстников, обычно используются выборки детей, не имеющих в анамнезе (в детском возрасте) антисоциального поведения. Многие дети в этих выборках являются кандидатами в поздние делинквенты, и очень немногих можно определить как делинквентов на протяжении всей жизни. У некоторых из них можно было бы определить делинквентность, ограниченную подростковым возрастом. И наконец, в исследования, поддерживающие смешанную модель, стремятся включать детей из популяционных выборок; некоторые из них подвержены влиянию девиантных сверстников, другие — нет. В исследованиях этой категории с использованием подхода, ориентированного на разные характеристики, отмечается тенденция к подтверждению частичной опосредующей роли сверстников, а также подтверждается прямое влияние личностных особенностей детей на последующую делинквентность и на поведенческие расстройства. Те, кто придерживается личностно-оринтированного подхода, обычно сообщают о влиянии сверстников на одних детей и о прямой связи между ранними личностными особенностями и последующей делинквентностью и поведенческими расстройствами у других.

ЛИТЕРАТУРА

Aboud, F.E. & Mendelson, M. J. (1996). Determinants of friendship selection and quality: Developmental perspectives. In W.M. Bukowski, A.P. Newcomb & W.W. Hartup (Eds.), *The Company They Keep: Friendship in Childhood and Adolescence* (pp. 87–112). Cambridge: Cambridge University Press.

Agnew, R. (1991). The interactive effects of peer variables on delinquency. *Criminology, 29,* 47–72.

Akers, R.K., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. &: Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior. A specific test of a general theory. *American Sociological Review, 44,* 636–55.

Alien, E.A., Hoye, W., Blakely, B. & Rholes, W.S. (1995). Friendship and peer group acceptance; Relationships with depressive symptoms in middle childhood (abstract). Proceedings of the Society for Research in Child Development, USA, 270.

Andrews, J.A., Hops, H. & Duncan, S.C. (1997). Adolescent modeling of parent substance use: The moderating effect of the relationship with the parent. *Journal of Family Psychology, 11,* 259–70.

Azmitia, M. & Montgomery, R. (1993). Friendship, transactive dialogues, and the development of scientific reasoning. *Social Development, 2,* 202–21.

Bauman, K.E. &: Ennett, S.T. (1996). Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist, 49,* 820–2.

Bergman, L.R. & Magnusson, D. (1987). A person approach to the study of the development of adjustment problems: An empirical example and some research consideration. In D. Magnus. son & A. Öhman (Eds.), *Psychopathology: An Interactional Perspective* (pp. 383–401). New York: Academic Press.

Berndt, T.J. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology, 15,* 608–16.

Berndt, T.J. (1982). The features and effects of friendship in early adolescence. *Child Development, 53,* 1447–60.

Berndt, TJ. (1989). Obtaining support from friends in childhood and adolescence. In D. Belle (Ed.), *Children's Social Networks and Social Supports* (pp. 308–31). New York: John Wiley & Sons.

Berndt, T.J. (1996). Exploring the effects of friendship quality on social development. In W.M Bukowski, A.F. Newcomb & W.W. Hartup (Eds.), *The Company They Keep: Friendships in Childhood and Adolescence* (pp. 346–65). Cambridge: Cambridge University Press.

Berndt, T.J. & Keefe, K. (1995). Friends' influence on adolescents' adjustment to school. *Child Development, 66,* 1312–29.

Boivin, M., Dodge, K.A. & Coie, J.D. (1995). Individual-group behavioral similarity and peer status in experimental play groups: The social misfit revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 269–79.

Boivin, M. & Vitaro, F. (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: Inhibition through coercion or promotion through peer support. In J. McCord (Ed.), Coercion *and Punishment in Long-term Perspectives* (pp. 183–97). Cambridge: Cambridge University Press.

Brendgen, M., Bowen, P., Rondeau, N. & Vitaro, F. (1999). Effects of friends' characteristics on children's social cognitions. *Social Development, 8,* 41–51.

Brendgen, M., Vitaro, F. & Bukowski, W.M. (1998). Affiliation with delinquent friends: Contributions of parents, self-esteem, delinquent behavior, and peer rejection. *Journal of Early Adolescence, 18,* 244–65.

Brendgen, M., Vitaro, F. & Bukowski, W. M. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioural adjustment. *Journal of Research on Adolescence, 10,* 173–89.

Brown, B.B., Lohr, M.J. &: McClenahan, E.L. (1986). Early adolescents' perceptions of peer pressure. *Journal of Early Adolescence, 6,* 139–54.

Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development, 61,* 1101–11.

Buhrmester, D. &: Yin, J. (1997, April). A longitudinal study of friends' influence on adolescents' adjustment (program). Proceedings of the Society for Research in Child Development, USA, 100.

Bukowski, W.M. & Hoza, B. (1989). Popularity and friendship: Issues in theory, measurement, and outcome. In T. Berndt & G. Ladd (Eds.), *Peer Relationships in Child Development* (pp. 15–45). New York: John Wiley & Sons.

Bukowski, W.M., Hoza, B. & Boivin, M. (1994). Measuring friendship quality during pre- and early adolescence: The development and psychometric properties of the friendship qualities scale. *Journal of Social and Personal Relationships, 11,* 471–84.

Bukowski, W.M., Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (1996). *The Company They Keep: Friendship in Childhood and Adolescence.* Cambridge: Cambridge University Press.

Cairns, R.B., Cairns, B.D. & Neckerman, H.J. (1989). Early school dropout: Configurations and determinants. *Child Development, 60,* 1437–52.

Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S.D. & GariépyJ.-L. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Developmental Psychology, 24,* 815–23.

Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1993). Unraveling girls' delinquency: Biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology, 29,* 19–30.

Caspi, A. & Moffitt, T.E, (1991). Individual differences are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 157–68.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* New York: Academic Press.

Coie, J.D. & Jacobs, M.R. (1993). The role of social context in the prevention of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 263–75.

Coie, J.D., Miller-Johnson, S., Terry, R., Maumary-Gremaud, A. & Lochman, J.E. (1996). The influence of deviant peers on types of adolescent delinquency (abstract). *Proceedings of the American Society for Criminology, USA, 48,* 209.

Coie, J.D., Terry, R., Miller-Johnson, S. & Lochman.J. (1995). Longitudinal effects of deviant peer groups on criminal offending in late adolescence (abstract). *Proceedings of the American Society of Criminology, USA, 47,* 217.

Coie, J.D., Terry, R., Zabriski, A. & Lochman, J. (1995). Early adolescent social influences on delinquent behavior. InJ. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives* (pp. 229–44). Cambridge: Cambridge University Press.

Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings.* Chicago: Rand McNally.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115,* 74–101.

Curran, P.J., Stice, E. & Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 130–40.

De Rosier, M.E., Kupersmidt, J.B. & Patterson, C.J. (1994). Children's academic and behavioral adjustment as a function of the chronicity and proximity of peer rejection. *Child Development, 65,* 1799–813.

Dishion, T.J. (1990*a*). The family ecology for boys' peer relations in middle childhood. *Child Development, 61,* 874–92.

Dishion, T.J. (1990*b*). Peer context of troublesome behavior in children and adolescents. In P. Leone (Ed.), *Understanding Troubled and Troublesome Youth* (pp. 128–53). Beverly Hills, CA: **Sage.**

Dishion, T.J. & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 538–48.

Dishion, T.J., Andrews, D.W. & Crosby, L. (1994*a*). Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional processes. *Child Development, 66,* 139–51.

Dishion, T.J., Andrews, D.W., Patterson, G.R. & Poe, J. (1994*b*). *Adolescent antisocial boysandtheir friends: Accounting for behavioral confluence.* Unpublished manuscript, Oregon Social Learning Center, Eugene.

Dishion, T.J., Capaldi, D., Spracklen, K.M. &: Li, F. (1995a). Peer ecology of male adolescent drug use. Special Issue: Developmental processes in peer relations and psychopathology. *Development and Psychopathology, 7,* 803–24.

Dishion, T.J., Duncan, T.E., Eddy, J.M., Fagot, B.I. & Fetrow, R. (1994c). The world of parents and peers: Coercive exchanges and children's social adaptation. *Social Development, 3,* 255–68.

Dishion, T.J., French, D.C. & Patterson, G.R. (1995b). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology,* (Vol. 2, pp. 421–71). New York: John Wiley & Sons.

Dishion, T.J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54,* 755–64.

Dishion, T.J., Patterson, G.R. & Griesler, P.C. (1994d). Peer adaptations in the development of antisocial behavior: A confluence model. In L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives* (pp. 61–95). New York: Plenum Press.

Dishion, T.J., Patterson, G.R., Stoolmiller, M. & Skinner, M.L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology, 27,* 172–80.

Dishion, T.J., Spracklen, K.M., Andrews, D.W. & Patterson, G.R. (1996). Deviancy training in male adolescents' friendships. *Behavior Therapy, 27,* 373–90.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanism in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology', 44,* 559–84.

Doyle, A.B. & Markiewicz, D. (1996). Parents' interpersonal relationships and children's friendships. In W.M. Bukowski, A.F. Newcomb & W.W. Hartup (Eds.), *The Company They* Keep: *Friendship in Childhood and Adolescence* (pp. 115–36). Cambridge: Cambridge University Press.

Elliott, D.S. (1994). Longitudinal research in criminology: Promise and practice. In E.G.M. Weitekamp & H.-J. Kerner (Eds.), *Cross-national Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior* (pp. 189–201). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.

Elliott, D.S., Huizinga, D. & Ageton, S.S. (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use.* Beverly Hills, CA: Sage.

Elliott, D.S., Huizinga, D. & Menard, S. (1989). *Multiple Problem Youth. Delinquency, Substance Abuse and Mental Health Problems. New* York: Springer-Verlag.

Elliott, D.S. & Menard, S. (1996). Delinquent friends and delinquent behavior: Temporal and developmental patterns. In J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and Crime: Current Theories* (pp. 28–67). Cambridge: Cambridge University Press.

Elliott, D.S. & Voss, H.L. (1974). *Delinquency and Dropout.* Lexington, MA: Lexington Books.
Epstein, J.L. (1983). The influence of friends in achievement and affective outcomes. In J.L. Epstein & N. Karweit (Eds.), *Friends in School: Patterns of Selection and Influence in Secondary Schools* (pp. 177–200). New York: Academic Press.
Farver, J.A.M. (1996). Aggressive behavior in preschoolers' social networks: Do birds of a feather flock together? *Early Childhood Research Quarterly, 11,* 333–50.
Feldman, R.A. & Caplinger, T.E. (1983). The St-Louis experiment: Treatment of antisocial youths in prosocial peer groups. In J.R. Kluegel (Ed.), *Evaluating Juvenile Justice* (pp. 121–48). Beverly Hills, CA: Sage.
Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1996). The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile affendings. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 205–21.
Furman, W. (1996). The measurement of friendship perception: Conceptual and methodological issues. In W.M. Bukowski, A.F. Newcomb &: W.W. Hartup (Eds.), *The Company They Keep: Friendship in Childhood and Adolescence* (pp. 41–65). New York: Cambridge University Press.
Furman, W. & Robins, P. (1985). What's the point? Issues in the selection of treatment objectives. In B.H. Schneider, K.H. Rubin, &J.E. Ledingham (Eds.), *Children's Peer Relations: Issues in Assessment and Intervention* (pp. 41–56). New York: Springer-Verlag.
Gottfredson, M.R. & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime.* Stanford, CA: Stanford University Press.
Graham, J.W., Marks, G. &: Hansen, W.B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology, 76,* 291–8.
Hartup, W.W. (1993). Adolescents and their friends. In B. Larson (Ed.), *Close Friendships in Adolescence* (pp. 3–22). San Francisco: Josey Bass.
Hartup, W.W. (1996). The company they keep: Friendships and their development significance. *Child Development, 67,* 1–13.
Hartup, W.W., French, D.C., Laursen, B., Johnston, M.K. & Ogawa, J.R. (1993). Conflict and friendship relations in middle childhood: Behavior in a closed-field situation. *Child Development, 64,* 445–54.
Hartup, W.W. & Sancilio, M.F. (1986). Children's friendships. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds.), *Social Behavior in Autism.* New York: Plenum Press.
Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin, 101,* 443–63.
Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency.* Berkeley, CA: University of California Press.
Hoge, R.D., Andrews, D.A. & Leschied, A.W. (1994). Tests of three hypotheses regarding the predictors of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22,* 547–59.
Howes, C. (1988). Peer interaction of young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 53*(217).
Hoza, B., Molina, B., Bukowski, W.M. & Sippola, L.K. (1995). Aggression, withdrawal and measures of popularity and friendships as predictors of internalizing and externalizing problems during early adolescence. *Development and Psychopathology,* 7, 787–802.
Johnson, R.E., Marcos, A.C. & Bahr, S. (1987). The role of peers in the complex etiology of drug use. *Criminology,* 323–40.
Kandel, D.B. (1978). Homophily, selection, and socialization in adolescent friendships. *American Journal of Sociology, 84,* 427–36.
Kandel, D.B. (1986). Processes of peer influences in adolescence. In R K. Silbereisen, K. Eyferth & G. Rudinger (Eds.), *Development as Action in Context: Problem Behavior and Normal Youth Development* (pp. 203–27). Berlin: Springer-Veriag.
Keenan, K., Loeber, R., Zhang, Q., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W.B. (1995). The influence of deviant peers on the development of boys' disruptive and delinquent behavior: A temporal analysis. *Development and Psychopathology, 1,* 715–26.
Kupersmidt, J.B., Burchinal, M. & Patterson, C.J. (1995). Developmental patterns of childhood peer relations as predictors of externalizing behavior problems. *Development and Psychopathology, 7,* 825–43.
Ladd, G.W. (1990). Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment? *Child Development, 61,* 312–31.

Ladd, G.W., Kochenderfer, B.J. & Coleman, C.C. (1996). Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development, 67,* 1103–18.

Lipsey, M. W. & Devzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R. &; Farrington, D.P. (1995). Longitudinal approaches in epidemiological research of conduct problems. In F.C. Verhulst & H.M. Koot (Eds.), *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology* (pp. 309–36). New York: Oxford University Press.

Loeber, R. & Tangs, T. (1986). The analysis of coercive chains between children, mothers, and siblings. *Journal of Family Violence, 1,* 51–70.

Magnusson, D., Stattin, H. & Alien, V.L. (1985). Biological maturation and social adjustment processes from mid-adolescence to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence, 14,* 276–83.

Marcus, R.F. (1996). The friendships of delinquents. *Adolescence, 21,* 145–58.

Margulies, R.Z., Kessler, R.C. & Kandel, D.B. (1977). A longitudinal study of onset of drinking among high-school students. *Journal of Studies on Alcohol, 38,* 897–912.

Mason, C.A., Cauce, A.M., Gonzales, N. & Hiraga, Y. (1994). Adolescent problem behavior: The effect of peers and the moderating role of father absence and the mother-child relationship. *American Journal of Community Psychology, 22,* 723–43.

Miller, W.B. (1982). Gangs, groups, and serious youth crime. In R. Giallombardo (Ed.), *Juvenile Delinquency: A Book of Readings* (pp. 311–28). 4th edn. New York: John Wiley & Sons.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A devel opmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Mulvey, E.P. & Aber, M.S. (1988). Growing out of delinquency: Development and desistance. In R. Jenkins &: W. Brown (Eds.), *The Abandonment of Delinquent Behavior: Promoting the Turn Around.* New York: Praeger.

Nagin, D. & Farrington, D.P. (1992). The onset and persistence of offending. *Criminology, 30,* 501–23.

Nelson, J. & Aboud, F.E. (1985). The resolution of social conflict between friends. *Child Development, 56,* 1009–17.

Newcomb, A.F. & Bagwell, C.L. (1995). Children's friendship relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 117,* 306–47.

Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102,* 357–89.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia Press.

Patterson, G.R. (1986). The contribution of siblings to training for fighting: A microsocial analysis. In D. Olweus, J. Block & M. Radke-Yarrow (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior: Research, Theory, and Issues* (pp. 235–61). New York: Academic Press.

Patterson, G.R. (1992). Developmental changes in antisocial behavior. In R.D. Peters, R.J. McMahon & V.L. Quinsey (Eds.), *Aggression and Violence throughout the Life Span* (pp. 52–82). Newbury Park, CA: Sage.

Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44,* 329–35.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia.

Reiss, A.J., Jr. (1986). Co-offender influences on criminal careers. In A. Blumstein, J. Cohen, J.A. Roth & C.A. Visher (Eds.), *Criminal Careers and Career Criminals,* (Vol. II, pp. 121–60). Washington, DC: National Academy Press.

Robins, L.N. (1986). The consequences of Conduct Disorder in girls. In D. Olweus, J. Block & M. Radke-Yarrow (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior.* Orlando, EL: Academic Press.

Savin-Williams, R.C. & Berndt, T.J. (1990). Friendships and peer relations. In S.S. Feldman & G. Elliott (Eds.), *At the Threshold: The Developing Adolescent* (pp. 277–307). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Simmons, R.G. & Blyth, D.A. (1987). *Moving into Adolescence: The Impact of Pubertal Change and School Context.* New York: Aldine.

Simons, R.L., Wu, C., Conger, R.D. & Lorenz, F.O. (1994). Two routes to delinquency: Differences between early and late starters in the impact of parenting and deviant peers. *Criminology, 32,* 247–75

Snyder, J., Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1986). Determinants and consequences of associating with deviant peers during preadolescence and adolescence. *Journal of Early Adolescence, 6,* 29–48.

Stattin, H., Gustafson, S.B. & Magnusson, D. (1989). *Peer Influences on Adolescent Drinking: A Social Transition Perspective.* Report from the Department of Psychology, University of Stockholm, number 693.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1990). *Pubertal Maturation in Female Development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Steinberg, L. (1986). Latchkey children and susceptibility to peer pressure. An ecological analysis. *Developmental Psychology, 22,* 433–9.

Stormshak, E.A., Bellanti, C.J. & Bierman, K.L. (1996). The quality of sibling relationships and the development of social competence and behavioral control in aggressive children. *Developmental Psychology, 32,* 79–89.

Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry.* New York: Norton.

Sutherland, E. (1947). *Principles of Criminology.* 3rd edn. Philadelphia: Lippincott.

Thornberry, T.P. & Krohn, M.D. (1996). Peers, drug use, and delinquency. In D. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior.* New York: John Wiley & Sons.

Thornberry, T.P., Krohn, M.D., Lizotte, A.J. & Chard-Wierschem, D. (1993). The role of juvenile gangs in facilitating delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 30,* 55–87.

Tremblay, R.E., Mâsse, L., Vitaro, F. & Dobkin, P.L. (1995). The impact of friends' deviant behavior on early onset of delinquency: Longitudinal data from 6 to 13 years of age. *Development and Psychopathology, 7,* 649–67.

Urberg, K.A., Cheng, C. & Shyu, S. (1991). Grade changes in peer influence on adolescent cigarette smoking: A comparison of two measures. *Addictive Behaviors, 16,* 21–8.

Urberg, K.A., Degirmencioglu, S.M. & Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology, 33,* 834–44.

Vandell, D. & Hembree, S. (1994). Peer social status and friendship: Predictors of children's social and academic adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly, 40,* 461–77.

Vernberg, E.M. (1990). Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: Reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology, 18,* 187–98.

Vitaro, F., Brendgen, M., Pagani, L., Tremblay, R.E. & McDuff, P. (1999). Disruptive behavior. peer association, and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. *Development and Psychopathology, 11,* 287–304.

Vitaro, F., Tremblay, R.E., Kerr, M., Pagani, L. & Bukowski, W.M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development, 68,* 676–89.

Warr, M. (1993*d*). Age, peers, and delinquency. *Criminology, 31,* 17–40.

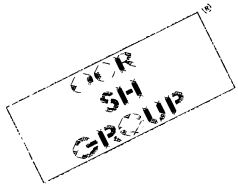
Warr, M. (1993*b*). Parents, peers, and delinquency. *Social Forces, 7,* 247–64.

Warr, M. & Stafford, M. (1991). The influence of delinquent peers: What they think or what they do? *Criminology, 29,* 851–66.

Wills, T.A. & Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of Behavioral Medicine, 12,* 321–39.

Windle, M. (1994). A study of friendship characteristics and problem behavior among middle adolescents. *Child Development, 65,* 1764–77.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of Conduct Disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 65–78.



14

Роль непрерывности и прерывности в процессе развития дезорганизованного поведения, прежде всего его эмоциональной и когнитивной составляющих

Rolf Loeber и John Coie

Эта глава посвящена проблемам непрерывности (преемственности) и прерывности при расстройствах с дезорганизованным поведением, включая оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения. Данная глава основана на серии обзорных публикаций об устойчивости дезорганизованного поведения (Caspi & Moffitt, 1995; Coie & Dodge, 1998; J.D. Hawkins *et al.*, 1998; Lahey *et al.*, 1992, 1997; Lipsey & Derzon, 1998; Loeber, 1982, 1991; Loeber & Dishion, 1983; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1987; Maughan & Rutter, 1998), показавших достаточно высокий уровень непрерывности между проявлениями такого поведения в детстве, в подростковом и зрелом возрасте, включая делинквентность и антисоциальное расстройство личности. Эта глава дополняет предыдущие публикации, при этом авторы обращают внимание на следующие вопросы:

1. Что представляют собой некоторые из важнейших данных о прогнозировании дезорганизованного поведения и по каким причинам следует подходить с осторожностью к интерпретации количественных данных о непрерывности данного типа поведения?
2. Почему так важно понять гетеротипность непрерывности дезорганизованного поведения?
3. Что представляют собой психиатрические модели непрерывности и эскалации дезорганизованного поведения?
4. Существуют ли разнообразные траектории развития, приводящие к серьезным симптомам дезорганизованного поведения?
5. Какие эмоциональные и когнитивные факторы способны влиять на устойчивость дезорганизованного поведения?

Необходимо понять, что существует много разнообразных факторов, влияющих на непрерывность дезорганизованного поведения. В этой книге нейрохимические и мозговые факторы описали Herbert и Martinez (глава 4), генетические — Simonoff (глава 8), влияние окружающей среды — Maughan (глава 7) и нейропсихологические аспекты — Lynam и Henry (глава 9). В заключительной части главы мы дополним эти

результаты, сконцентрировав внимание на том, посредством чего эмоциональные и когнитивные факторы могут вносить вклад в непрерывность дезорганизованного поведения.

Предикторы, уровни непрерывности и возможные варианты

Во многих исследованиях, посвященных развитию дезорганизованного поведения в детском возрасте, подчеркивается его относительно высокая устойчивость (т. е. непрерывность), в том числе и такой его разновидности, как агрессия (Caspi *et al.*, 1987; Haapasalo & Tremblay, 1994; Farrington, 1991, 1994; Loeber, 1982, 1991; Loeber *et al.*, 1989; Olweus, 1979; Pulkkinen, 1992; Tremblay *et al.*, 1991). Авторы часто приводят данные, опубликованные Olweus (1979), которые показывают, что корреляция между ранней и поздней агрессией в среднем составляет 0,63 (0,79 при статистической коррекции на ослабление взаимодействия), что почти соответствует устойчивости интеллектуальных способностей в разном возрасте.

Получены эмпирические доказательства того, что, зная определенные поведенческие предшественники, можно лучше прогнозировать развитие дезорганизованного поведения (Loeber, 1982). К таким предшественникам относятся: (а) раннее, по сравнению с поздним, начало проявлений дезорганизованного поведения у мальчиков; (б) дезорганизованное поведение, проявляющееся чаще в разных ситуациях, а не в одной и той же; (в) огромное разнообразие вариантов дезорганизованного поведения по сравнению с одним видом такого поведения; (г) высокая частота дезорганизованного поведения по сравнению с низкой частотой.

Исследования демонстрируют, что предикторы дезорганизованного поведения и делинквентности могут быть обнаружены на индивидуальном уровне (например, импульсивность или оппозиционное поведение, обсуждаемое дальше), в семье (особенности воспитания и ухода за ребенком, психическая патология у родителей), в группе сверстников (отношения со сверстниками, склонными к отклоняющемуся поведению, участие в преступных группировках), в школе (слабая мотивация к занятиям в школе, низкая успеваемость), по месту жительства (преступность в микрорайоне, бедность). Ни по одному из перечисленных факторов, взятых в отдельности, нельзя достаточно достоверно предсказать последующее дезорганизованное поведение, тогда как накопление факторов риска в значительной степени повышает его предсказуемость (Loeber & Farrington, 1998).

Наиболее исчерпывающий обзор предикторов серьезных и насильственных правонарушений опубликовали Lipsey и Derzon (1998). Их метаанализ показал, что ранние предикторы серьезных и насильственных правонарушений имеют тенденцию отличаться от поздних предикторов. Предикторами серьезных и насильственных правонарушений, наиболее сильными, потенциально доступными воздействию, явно обнаруживаемыми в возрасте от шести до 11 лет, являются: незначительные делинквентные поступки, агрессия, употребление психоактивных веществ, низкий социально-экономический статус семьи и антисоциальные характеристики родители. И наоборот, в возрасте от 12 до 14 лет наиболее мощными предикторами являются утрата прочных социальных связей, антисоциальные характеристики сверстников, незначительные

делинквентные поступки, низкие достижения и продуктивность в школе и такое психологическое качество, как импульсивность.

Подростки, в отношении которых могли быть применены наиболее сильные предикторы, в 5–20 раз чаще совершали в дальнейшем серьезные и насильственные правонарушения, чем те, которые не вошли в данную категорию. Многие из тех же факторов риска, прогнозирующих делинквентность и жестокость в подростковом возрасте, предсказывают также употребление психоактивных веществ, прогулы в школе, раннюю вовлеченность в сексуальные отношения и подростковую беременность.

Кроме того, исследования показывают, что риск совершения серьезных и насильственных правонарушений несовершеннолетними значительно выше в том случае, если они присоединяются к преступной группировке или становятся наркодилерами. Члены преступных группировок, хотя и являются меньшинством подростковой популяции, ответственны за большинство правонарушений с тяжелыми последствиями. Частота совершения серьезных и насильственных правонарушений несовершеннолетними повышается после присоединения к группировке и снижается после выхода из нее (Thornberry, 1998). Точно так же частота подобных правонарушений возрастает после того, как подростки начинают распространять наркотики, и снижается, если они прекращают этим заниматься (Van Kammen *et al.*, 1994).

Разные трактовки непрерывности

Непрерывность дезорганизованного поведения может трактоваться по-разному — в диапазоне от врожденных различий между индивидами в их склонности к совершению преступлений до непрерывности факторов риска (и защитных факторов). Считается, что индивиды отличаются своей склонностью к преступной деятельности (Nagin & Land, 1993), называемой также криминальным потенциалом (Nagin & Farrington, 1992), и эта склонность остается стабильной в течение жизни (Nagin & Paternoster, 1991). Во втором варианте, имеющем отношение к данной проблеме, считается, что постоянство отражает зависимость от статуса (Nagin & Paternoster, 1991), при котором прежние делинквентные поступки могут повышать вероятность будущих правонарушений, например, посредством ослабления влияния сдерживающих факторов в отношении совершения противоправных действий.

Эти взгляды могут противоречить концепциям, в соответствии с которыми непрерывность не абсолютна и уровни делинквентности могут меняться в результате взаимодействия (называемого иногда совокупной или кумулятивной непрерывностью) между индивидуальными характеристиками, окружающей средой и опытом рискованного поведения (Caspi & Moffitt, 1995; Rutter *et al.*, 1998). В соответствии с такой интерпретацией непрерывности считается, что причины обнаруживаются в самом человеке и его окружении и уровень непрерывности зависит от взаимодействия между предрасполагающими характеристиками личности и влиянием на нее факторов риска (Kolvin *et al.*, 1990; Nijboer & Weerman, 1998). Вариант этой концепции является краеугольным камнем в интерпретации непрерывности (Farrington, 1986) и подразумевает, что проявления дезорганизованного поведения меняются со временем, а эскалация от незначительных к более серьезным формам такого поведения в подростковом возрасте отражает воздействие внешних факторов. И наоборот, снижение уровня преступной деятельности коррелирует с отсутствием факторов риска и наличием защитных факто-

ров (Sampson & Laub, 1993). Подводя итог, можно сказать, что в последних исследованиях придерживаются точки зрения, что индивиды могут различаться в отношении непрерывности дезорганизованного поведения и что некоторые из этих индивидуальных различий происходят из особенностей влияния на личность защитных факторов и факторов риска.

Несколько предостережений

Доказательства устойчивости и предсказуемости дезорганизованного поведения достаточно убедительные и поддерживают идею, что дети с ранними проявлениями дезорганизованного поведения являются подходящей целью для профилактических вмешательств. Тем не менее дезорганизованное поведение представляет собой комплексный феномен, и к нашим выводам о непрерывности такого поведения имеют отношение некоторые предостережения. Первое из них касается проблемы методов оценки. Два довольно отличающихся друг от друга примера иллюстрируют определенную сложность этой проблемы. Во-первых, большинство данных о непрерывности агрессии или антисоциального поведения получены в исследованиях, в которых оценки агрессии родителями, учителями или сверстниками представляют собой зависимые переменные. Тем не менее эти оценки не обязательно коррелировали с непосредственным наблюдением этого же поведения. В одном из немногих опубликованных исследований, объединяющих вместе непосредственное наблюдение и оценку агрессии учителями и сверстниками, Coie и Dodge (1998) сообщают о проведенном в школе изучении 302 учащихся первых и третьих классов. Каждого школьника наблюдали в общей сложности в течение 60 минут пятиминутными блоками, распределенными на несколько дней. Хотя оценки учителей и мнения сверстников об агрессивном поведении значимо коррелировали между собой ($r = 0{,}43$ — для учеников первых классов и $r = 0{,}59$ — третьих), ни одна из этих величин не коррелировала значимо с частотой наблюдавшихся проявлений агрессивного поведения у отдельных учеников. Наиболее вероятным объяснением этих результатов может быть то, что даже таких затратных по времени процедур исследования, которые были использованы в этой большой выборке, оказалось недостаточно для того, чтобы произвести репрезентативную выборку индивидуальных агрессивных действий детей. Дело в том, что агрессивные действия совершаются относительно редко и, возможно, нужны такие временны́е схемы для выборок, требующих больших ресурсов для наблюдения, чем те, которые использовались в упомянутом исследовании.

То же самое относится и к нарушениям поведения, которые часто имеют эпизодический характер, а их наличие может варьировать от года к году (Baicker-McKee, 1990; Lahey *et al.*, 1995; Loeber, 1991; Verhulst & van der Ende, 1992). Lahey и коллеги (1995) показали, что частота подтверждения прежнего диагноза расстройства поведения повышается по мере расширения временны́х рамок, в пределах которых проводится диагностика. В выборке мальчиков, сформированной в клинике на протяжении четырех лет, половина (51%) из тех, кто соответствовал критериям расстройства поведения, подтвержденным в любой заданный год, подходили под эти же критерии на следующий год. Такие же результаты (непрерывность — 50%) были опубликованы в другом источнике (Graham & Rutter, 1973; Robins, 1966). Тем не менее в тех случаях, когда интервал между оценками был длиннее, непрерывность по истечении большего вре-

мени оказалась значительно выше: у 88% мальчиков с первоначальным диагнозом расстройства поведения это же расстройство было снова диагностировано в течение последующих трех лет. Эти результаты указывают на то, что кумулятивная непрерывность имеет тенденцию быть более высокой по сравнению с последовательной. Во-вторых, явное прекращение или исчезновение дезорганизованного поведения на самом деле может означать лишь временную его приостановку. Поэтому дальнейшая оценка непрерывности дезорганизованного поведения возможна лишь в том случае, если будут учтены более длительные временны́е рамки. Таким образом, правильность выводов об устойчивости дезорганизованного поведения в значительной степени зависит от применяемых методов оценки и анализа, а также от принятых во внимание временны́х рамок.

Второе предостережение касается информантов и погрешностей измерений. Maugham и Rutter (1998), проведя обзор исследований, в которых для изучения дезорганизованного поведения использовались разные информанты, пришли к выводу, что разные методы сбора информации от информантов могут приводить к разным оценкам устойчивости. Более того, эти оценки подвержены влиянию погрешностей измерений: чем ниже показатель ошибки, тем выше оценка устойчивости.

Еще одно важное предостережение касается изменения определений дезорганизованного поведения на протяжении широкого диапазона развития — от раннего детства до зрелости. Данные о том, что оппозиционное поведение у мальчиков достигает максимума в раннем или среднем периоде детства, отражают тот факт, что дети в раннем возрасте начинают менять отношение к авторитету родителей. Аналогично, для незначительных форм агрессии, включая драки, наблюдается тенденция достигать максимума в ранние школьные годы и уменьшаться с возрастом, особенно в течение подросткового периода (Green *et al.*, 1973; Loeber, 1985; Richards, 1981; Straus *et al.*, 1980). С другой стороны, возможно главным образом из-за увеличения физических размеров и силы, а также из-за доступа к оружию, распространенность серьезных форм агрессии имеет тенденцию к увеличению от детского возраста к раннему подростковому, хотя абсолютная частота агрессивных действий уменьшается от среднего детского возраста к позднему подростковому (Loeber, 1985; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998).

На самом деле эти разные связанные с возрастом модели распространенности разнообразных типов дезорганизованного поведения подразумевают то, что эти показатели представляют скорее гетеротипичную непрерывность (т. е. преемственность между разными в функциональном плане видами поведения, такими как агрессия и воровство), чем непрерывность одной и той же формы поведения на протяжении длительного времени. В целом дети с одной формой дезорганизованного поведения в ранний период жизни обычно вовлекаются в другие негативные формы антисоциального поведения в более позднем возрасте (Robins, 1966). Фактически оценка родителями, учителями и самооценка дезорганизованного поведения показали, что структурно наиболее дезорганизованные формы поведения взаимно коррелируют (Jessor & Jessor, 1977; Loeber *et al.*, 1998*b*). Тем не менее факторный анализ обычно демонстрирует, что между некоторыми факторами, такими как оппозиционные, открытые и скрытые формы поведения, можно провести различия (Fergusson *et al.*, 1994). Как правило, открытые формы дезорганизованного поведения, например агрессия и насилие, включают прямую конфронтацию с жертвами и причинение или угрозу причинения вреда, тогда как скрытые, ненасильственные формы делинквентности, такие как воровство или мошен-

ничество, не влекут за собой прямой конфронтации, однако по своей природе являются совершаемыми исподтишка или замаскированными.

Метаанализ исследований с использованием факторного анализа продемонстрировал, что взаимную корреляцию можно измерить в соответствии с одним или более параметрами дезорганизованного поведения. Loeber и Schmaling (1985), а также Frick и коллеги (1993) выделили измерение, определяемое двумя полюсами дезорганизованного поведения — открытым и скрытым, с некоторыми формами непослушания, располагающимися между этими полюсами. В дополнение Frick и коллег (1993) выделили второе измерение поведения — с деструктивным и недеструктивным полюсами.

Эскалация от ранних проявлений дезорганизованного поведения до расстройства поведения

Вопрос о том, какие из менее серьезных форм дезорганизованного поведения представляют собой ступени к диагнозу расстройства поведения, является ключевым в отношении устойчивости дезорганизованного поведения. Психиатрия из-за ее доверия диагнозам склонна рассматривать эскалацию проступков у детей и подростков с позиции основных диагностических единиц и редко обращается к тем аспектам конкретных симптомов, которые связаны с развитием. Эволюционные психологи и криминалисты, наоборот, больше концентрируют внимание на связанных с развитием аспектах конкретных форм поведения и симптомов. Нам нужно оценить целесообразность каждого из подходов. Мы проанализируем оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) и гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ) в качестве предшественников расстройства поведения (РП), а также рассмотрим ранние симптомы антисоциального расстройства личности (АРЛ).

Оппозиционно-вызывающее расстройств и гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания

На рис. 14.1 показана наиболее часто встречающаяся предполагаемая последовательность развития расстройств с дезорганизованным поведением. Оппозиционно-вызывающее расстройство часто рассматривается как предшественник РП, которое в свою очередь считается предшественником АРЛ (с пониманием того, что, как сформулировано в настоящее время в DSM–IV, диагнозу РП предшествует диагноз ОВР, тогда как диагноз АРЛ предполагает наличие РП; American Psychiatric Association, 1994). Кроме этого, некоторые проспективные исследования продемонстрировали эволюционную взаимосвязь между ГРДВ и РП (Gittelman *et al.*, 1985). Тем не менее ключевой вопрос состоит в том, предсказывают ли оба эти расстройства (ОВР и ГРДВ) развитие РП в равной степени, или какое-то одно из них является более важным предиктором. Loeber и коллеги (1995) исследовали этот вопрос при последующем наблюдении на протяжении шести лет за испытуемыми той же выборки, которую изучали Lahey и коллеги (1995). Они установили, что у мальчиков, у которых развилось РП, отмечено большее количество симптомов ОВР, чем у тех, у кого РП не развилось. Логистическая регрессия показала, что ОВР, среди других факторов, является прогностическим при-

знаком начала РП. И наоборот, ГРДВ служит предиктором только раннего начала РП (для ознакомления с дополнительными данными см. публикации Lahey *et al.*). Мы предполагаем, что главную роль при этом играет скорее компонент импульсивности / гиперактивности, а не дефицит внимания при ГРДВ. Вопрос о том, можно ли применить эти результаты к прогнозированию развития РП у девочек, остается невыясненным.



Рис. 14.1. Предполагаемая последовательность развития расстройств с дезорганизованным поведением и антисоциального расстройства личности (на основе DSM–IV, American Psychiatric Association, 1994).

Агрессия

При изучении развития РП у детей и подростков, вероятно, можно выявить определенные конкретные признаки, в значительной степени коррелирующие с формированием полной симптоматики расстройства. Loeber и коллег (1995), которые систематически исследовали все 13 симптомов РП, выявили, что единственным конкретным признаком, предсказывавшим (по данным однофакторного анализа) развитие РП, была физическая агрессия (тем не менее по данным логистической регрессии физическое насилие не было таким предиктором). Мы придаем значение этим результатам, поскольку физическое насилие часто возникает в ранний период жизни (Loeber *et al.*, 1989; Tremblay *et al.*, 1991), является до некоторой степени стабильным в последующем (Olweus, 1979) и предсказывает возникновение дезорганизованного поведения и антисоциального расстройства личности (Loeber *et al.*).

Ранние симптомы антисоциального расстройства личности

Расстройство поведения принято считать предшественником антисоциального расстройства личности (American Psychiatric Association, 1994). Поднимаемый нами вопрос касается того, в каком объеме симптомы АРЛ присутствуют в раннем возрасте и

насколько они могут быть предикторами тех случаев РП, которые в более позднем возрасте, вероятно, будут соответствовать критериям диагностики АРЛ. Некоторые из исследований, которые мы рассмотрим позже, касаются концепции психопатии (Cleckley, 1976; Hare, 1991), имеющей отношение к диагностике АРЛ, но также содержащей и отдельные различающиеся элементы.

Frick и коллеги (1994) исследовали детей предподросткового возраста, направленных в клинику, по поводу наличия у них симптомов психопатии. Факторный анализ их нового инструмента для исследования психопатии у детей выявил два фактора: жестокую бесчувственность и импульсивное поведение, которые были связаны с диагнозами ОВР и РП и с измеряемыми показателями делинквентности и агрессии. Lynam (1997) изучал многие из симптомов психопатии в выборке мальчиков из семей среднего класса (N = 508) в рамках Питсбургского исследования подростков в возрасте 12–13 лет. Это было лонгитудинальное рандомизированное исследование выборки, составленной в государственных школах Питсбурга. После процедуры скрининга мальчики были обследованы шесть раз с интервалом в полгода. Результаты показали, что испытуемые с психопатическими чертами значительно чаще, чем те, которые не имели таковых, совершали серьезные правонарушения, были импульсивными и набирали высокие баллы (по оценкам учителей) по шкалам экстернализованных и интернализованных нарушений. Ключевой вопрос в отношении того, являются ли эти мальчики «не оперившимися психопатами», у которых в будущем разовьется АРЛ, нуждается в дальнейшем исследовании. Однако эти данные вполне убедительно доказывают, что существует непрерывность между ранним появлением симптомов АРЛ или психопатии в ранний период жизни и последующей манифестацией этих синдромов в более позднем возрасте. В определении этого существует большая практическая польза из-за важности выявления тех случаев РП, которые, вероятнее всего, прогрессируют до АРЛ. Кроме того, данные о такой сохраняющейся в течение жизни взаимосвязи могут стать эмпирическим обоснованием для уточнения места РП в будущих пересмотрах диагностических систем. Необходимо, тем не менее, отметить, что возрастные ассоциации между ОВР, РП и АРЛ неизбежно носят скорее общий и приблизительный характер. Сейчас мы рассмотрим более основательное концептуальное представление.

Различные траектории развития, ведущие к серьезным симптомам расстройства поведения

Концептуальная модель, в соответствии с которой ОВР или ГРДВ являются предшественниками РП, в основном представляет единственную траекторию отклоняющегося развития и таким образом в недостаточной мере отражает индивидуальные различия развития дезорганизованного поведения. И особенно тогда, когда нам нужно объяснить, почему у некоторых подростков одновременно отмечаются выраженные проявления как открытого, так и скрытого дезорганизованного поведения, а у других — только открытого или только скрытого (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Таким образом, расстройство поведения представляет собой слишком широкую концепцию и не в полной мере отражает индивидуальные различия дезорганизованного поведения. По этой причине мы предпочитаем разбивать долгосрочный прогноз на небольшие и менее широкие эта-

пы и исследовать траектории развития, которые ведут к более серьезным последствиям. Траектория развития определяется как развитие поведения у группы индивидов, отличающейся по развитию поведения от других групп индивидов (Loeber с соавторами, 1997).

Чтобы лучше исследовать индивидуальные различия процесса формирования дезорганизованного поведения, мы ставили вопрос о том, как лучше может быть представлена подростковая эскалация к серьезным последствиям — как однонаправленный или как имеющий несколько траекторий процесс (Dishion *et al.*, 1995; Loeber *et al.*, 1993; Patterson, 1982; Patterson *et al.*, 1998). Первым шагом к подробному описанию траекторий развития является характеристика последовательности развития дезорганизованного поведения.

Варианты последовательности развития дезорганизованного поведения

Одним из важных в изучении дезорганизованного поведения является вопрос о том, как развиваются симптомы — или случайным образом, или это прогнозируемая последовательность. Примером последовательного развития является очередность, при которой возникновение симптома А обычно предшествует возникновению симптома Б, и значительно реже встречается обратный порядок. Доказательства последовательности развития симптомов дезорганизованного поведения широко рассматриваются в других публикациях, здесь мы приводим лишь краткое резюме (см. Elliot, 1994; Huizinga, 1995; Kelley *et al.*, 1997; Loeber *et al.*, 1992, 1993, 1997, 1998a; Tolan & Gorman-Smith, 1998).

В целом научные публикации, посвященные последовательности развития дезорганизованного поведения, указывают на то, что: а) отмечается тенденция появления менее серьезных симптомов раньше более серьезных; б) некоторые типы поведения, например частые споры и надоедливость, нередко начинаются в одном и том же возрасте, таким образом, их можно группировать в одну поведенческую категорию; в) паттерны развития наиболее четко можно разбить на три области — открытые, скрытые и связанные с конфликтами с авторитетными лицами. Среди открытых форм поведенческих нарушений раньше других возникает умеренная агрессия, за которой следует участие в драках, а затем более серьезные формы насилия, например применение оружия и изнасилование. Для скрытых форм поведения очередность следующая: вначале умеренно выраженные скрытые варианты поведения, за которыми следует причинение материального ущерба (поджоги или вандализм), а затем — умеренные и серьезные формы делинквентности. Конфликты с авторитетными лицами — это категория, включающая серьезное непослушание, а также варианты избегающего поведения, такие как прогулы школьных уроков и побеги из дому, посредством которых подростки пытаются избавиться от наблюдения и контроля со стороны взрослых (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Что касается конфликтов с авторитетными лицами, то эти варианты поведения начинаются раньше остальных, за ними следует вызывающее поведение, а затем возникает избегание авторитетных лиц (прогулы, побеги, позднее возвращение домой по ночам). Результаты исследований показывают, что такого рода последовательность чаще всего встречается у детей и подростков в возрасте до 12 лет.

Разные траектории развития

Последовательность развития имеет отношение к обобщенным данным и не обязательно означает, что развитие каждого индивида происходит в определенном порядке. Концепция разных траекторий развития лучше всего фиксирует тенденцию смены разнообразных симптомов дезорганизованного поведения у индивида с возрастом (рис. 14.2). Результаты последних исследований показывают, что подавляющее большинство мальчиков соответствуют описанным вариантам последовательности (т. е. мальчики пройдут ступени в соответствии с предполагаемой очередностью, в то же время не будет наблюдаться обратной последовательности, например первая ступень после второй). Некоторые мальчики — меньшинство — пропускают ступени, но в целом соблюдая

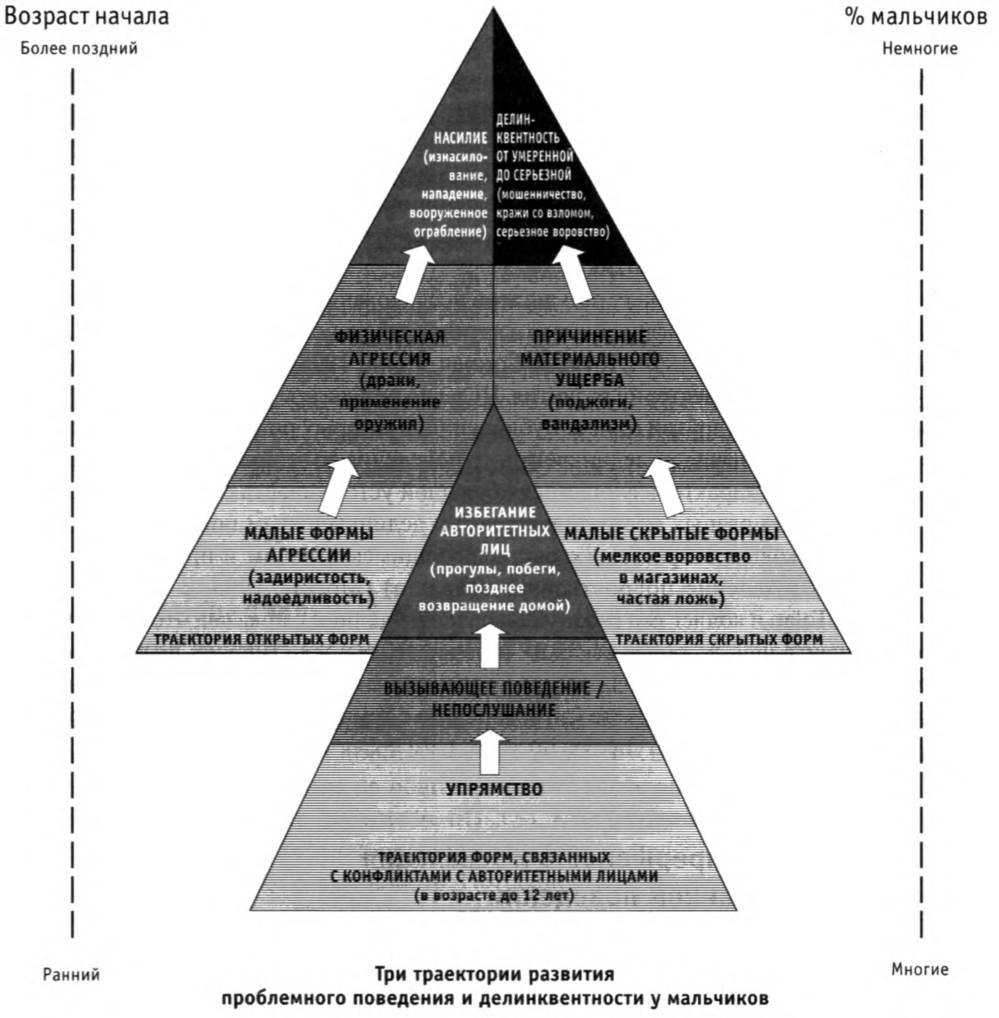


Рис. 14.2. Три траектории развития серьезных форм дезорганизованного поведения (Loeber & Hay, 1994).

последовательность (например, от первой к третьей, пропуская вторую). Еще один подход к характеристике траекторий развития — показать, что большинство из тех, кто соответствует траектории, входит на нее на первой ступени, меньшее число — на второй и еще меньшее — на третьей. Кроме того, результаты исследования свидетельствуют о том, что данную модель чаще демонстрируют мальчики с постоянными проявлениями дезорганизованного поведения, чем те, которые время от времени экспериментируют с такого рода действиями (Loeber *et al.*, 1997).

До сих пор мы рассматривали данные о том, что мальчики начинают три траектории развития в одинаковом порядке, но не обязательно проходят все три ступени. Этот факт не соответствует мнению, большинства клиницистов и исследователей, что мальчики, однажды совершив делинквентное действие одного типа, будут совершать делинквентные поступки разных других типов. Следует понять, что индивиды могут находиться на нескольких траекториях развития одновременно. Индивиды, чье дезорганизованное поведение ограничено одной траекторией развития, встречаются достаточно редко в клинических выборках; наоборот, дети и подростки, направляемые к врачам, демонстрируют более разносторонние поведенческие характеристики, свидетельствующие о том, что они продвинулись по нескольким траекториям развития одновременно. Это дети и подростки, которые демонстрируют различные паттерны правонарушений. С другой стороны, в популяционных выборках с меньшим количественным соотношением индивидов с серьезными отклонениями больше тех, кто сохраняет одну траекторию развития.

Несколько воспроизведенных результатов исследований в разных мужских популяциях, включая американцев африканского и латиноамериканского происхождения (Loeber *et al.*, 1997, 1998*a*; Tolan, 1998; Tolan & Corman-Smith, 1998), подкрепили обоснованность выделения трех траекторий развития. Недавно результаты этих исследований были подтверждены также в другой группе публикаций, в которых подчеркивается разграничение между ранним началом делинквентного поведения со стойкими проявлениями на протяжении жизни (характеризующегося «большой устойчивостью в течение длительного времени и при разных обстоятельствах») и делинквентным поведением, ограниченным подростковым возрастом (характеризующимся началом и прекращением делинквентности в течение подросткового возраста) (Moffitt, 1993, с. 685). Анализ, проведенный Tolan и коллегами (неопубликованные данные), показал, что у мальчиков, которые продвигались до более высоких и более серьезных ступеней по траекториям скрытых и открытых форм, наблюдалась тенденция к появлению дезорганизованного поведения в более раннем возрасте (по сравнению с теми, которые не прогрессировали в направлении к серьезным ступеням по этим двум траекторий развития).

Факторы риска, непрерывность и эскалация при дезорганизованном поведении

Caspi и Moffitt (1995) обрисовали последовательность влияния главных факторов, которые могут быть причиной непрерывности разных форм дезорганизованного поведения у индивида в течение жизни. В основе представленного ими объяснения непрерывности или эскалации развития антисоциального поведения лежит теория, в соответ-

ствии с которой факторы риска раннего возраста подготавливают почву для более выраженной уязвимости к следующим за ними факторам. Например, генетические факторы и пренатальные повреждения мозга в первые годы жизни могут приводить к выраженной импульсивности, непроизвольным реакциям, дефициту вербальных навыков и исполнительных функций. Каждое из этих слабых мест в работе головного мозга может быть связано с нарушениями поведения у детей и будет затруднять их воспитание большинством родителей. Вторая группа факторов риска может быть классифицирована в таких категориях, как ребенок и семейное окружение. Бедность семьи, преступность в районе проживания, низкий уровень социальной поддержки и ограниченные общественные ресурсы способствуют снижению эффективности воспитательных усилий родителей. Сами родители вследствие имеющейся у них психической патологии, антисоциального поведения в анамнезе или незрелости могут быть плохо подготовленными к тому, чтобы растить детей. Эта вторая группа факторов риска часто коррелирует с первой, умножая общую степень риска. При этих последних обстоятельствах отношения «личность–среда» могут создавать тип проблемной среды воспитания ребенка, которую Patterson и соавторы (Patterson *et al.*, 1992) называют семейной системой навязывания. Из этого раннего опыта социализации (как следствия отношений «родитель–ребенок») возникают многочисленные когнитивные и эмоциональные паттерны риска, которые могут стать устойчивыми индивидуальными факторами риска. Эти устойчивые индивидуальные характеристики могут «вызывать в постоянных социальных взаимодействиях встречные, подкрепляющие ответы от других, оживляя таким образом паттерны [дезорганизованного] поведения в течение жизни индивида всякий раз, когда повторяются значимые в плане взаимоотношений ситуации» (Caspi *et al.*, 1989, с. 375). Более того, индивиды имеют разные склонности выбирать ту среду, которая помогает сохранять навсегда их формы поведения. В оставшейся части этой главы мы попытаемся разъяснить некоторые когнитивные и эмоциональные процессы, которые способствуют повышению уровня дезорганизованного поведения среди индивидов.

Основные эмоциональные и когнитивные факторы, связанные с дезорганизованным поведением

В предыдущих исследованиях, касающихся изучения значимости эмоционального и когнитивного функционирования для развития антисоциального поведения, сконцентрировано внимание на общих аспектах когнитивного функционирования и эмоций (см. также Angold & Costello, глава 6). К антисоциальному поведению имеют отношение два основных эмоциональных фактора — недостаточный уровень побуждений и эмоциональная реактивность. Потребность повысить уровень побуждений у определенных индивидов сочетается с поиском ощущений и рискованным поведением (Newman & Wallace, 1992), Считается, что дети и подростки проявляют более выраженное дезорганизованное поведение, когда они набирают большее количество баллов по шкале поиска ощущений. Поиск ощущений взаимосвязан со снижением физиологической активности, доказательством этому служит низкая частота сердечных сокращений и ослабленный кожногальванический рефлекс (Raine, 1993).

Второй основной эмоциональный фактор выявлен при исследованиях случаев жестокого обращения с детьми (Cummings *et al.*, 1991; Luntz & Widom, 1994). Подверженность физическому насилию в раннем возрасте в сочетании с высоким уровнем конфликтности между родителями может привести к тому, что ребенок будет испытывать трудности с управлением собственными эмоциями, особенно злостью. Dodge и коллеги (Dodge *et al.*, 1995) установили, что физическое насилие в раннем возрасте является одной из специфических когнитивных и связанных с регулированием эмоций проблем и предиктором агрессивного поведения в среднем детском возрасте. Поэтому вполне правдоподобно предположение о том, что преступления, совершенные под влиянием злости, могут быть связаны с этим вторым основным эмоциональным фактором.

Некоторые исследования когнитивных факторов при дезорганизованном поведении основаны на факте, что в среднем правонарушители имеют более низкий уровень интеллекта, чем лица, не склонные к делинквентности. Эта взаимозависимость имеет тенденцию сохраняться даже после статистической коррекции в отношении социально-экономических факторов и расовой принадлежности (Lynam *et al.*, 1993) или факторов, обусловливающих выявление делинквентности (Moffitt & Silva, 1998). Некоторые исследователи сконцентрировали внимание на недостаточном когнитивном контроле над поведением, характерном для большинства правонарушителей. Отмечается совпадение результатов научных исследований в отношении того, что недостаточный самоконтроль и импульсивность присутствуют во многих делинквентных поступках (Gottffredson & Hirschi, 1990; Moffitt, 1993).

Необходимо отметить, однако, что низкий интеллект, недостаточный самоконтроль или импульсивность, а также поиск ощущений представляют собой очень широкие понятия, которые не показывают, какие конкретные эмоциональные или когнитивные процессы связаны с определенными типами дезорганизованного поведения. Основная проблема этих понятий, а также тех, которые выведены из теории нравственного развития (Smetana, 1990; Turiel, 1998), состоит в том, что они неспецифичны и недостаточно полно объясняют, почему некоторые дети и подростки совершают только скрытые поступки, другие — только открытые, а представители третьей группы — и те и другие поступки и таким специфическим способом способствуют непрерывности дезорганизованного поведения. Более того, представление детей и подростков с проявлениями делинквентного и дезорганизованного поведения как лиц с интеллектуальными и эмоциональными нарушениями, демонстрирующими дефицит самоконтроля, чрезмерно упрощенческое, несмотря на то, что эти качества свойственны определенной части правонарушителей. Одна категория лиц, склонных к антисоциальному делинквентному поведению (психопаты), обладает интеллектом выше среднего (Cleckley, 1976). Они, а также опытные правонарушители часто демонстрируют немалый самоконтроль при совершении антисоциальных действий. Опытных преступников (включая детей и подростков с расстройством поведения) описывают как лиц, обладающих «большим количеством технических и межличностных навыков и знаний, относящихся к специфическим криминальным ситуациям» (Carroll & Weaver, 1986, с. 22). Мы надеемся, что сосредоточение внимания на специфических когнитивных паттернах и эмоциях позволит лучше представить отдельные типы антисоциального поведения и поможет объяснить непрерывность и прерывность в более широких рамках дезорганизованного поведения. Прежде чем рассмотреть конкретные эмоциональные и когнитивные процессы, сначала представим матрицу разных типов дезорганизованного поведения, име-

ющих важное значение для лучшей дифференциации эмоциональных и когнитивных аспектов этого поведения.

Матрица эмоциональных и когнитивных аспектов дезорганизованного поведения

Мы выбрали матрицу двух измерений дезорганизованного поведения, т. е. открытое–скрытое и реактивное–активное поведение (табл. 14.1), чтобы проиллюстрировать общие и различающиеся эмоциональные и когнитивные процессы, способствующие каждому типу поведения. Несмотря на то, что некоторые основные аспекты матрицы изучены, мы надеемся, что в будущих исследованиях удастся установить оставшиеся. Мы кратко обсудим два измерения, а затем рассмотрим эмоциональные и когнитивные процессы, которые, как принято считать, имеют отношение к дезорганизованному поведению.

Мы уже ссылались на результаты исследований, свидетельствующих в пользу выделение двух форм дезорганизованного поведения: открытого и скрытого (Frick *et al.*, 1993; Loeber и Schmaling, 1985). Кроме того, исследователи разделяют агрессию на реактивную и активную (Dodge & Coie, 1987). Реактивная агрессия включает в себя ответ на предшествующие провоцирующие ситуации и по своей природе в основном является межличностной и враждебной, обычно сопровождается проявлениями злости. Активная агрессия направлена на защиту собственных интересов и включает в себя доминирование во взаимоотношениях или извлечение выгоды. Dodge и Coie (1987) показали, что несмотря на то, что большинство мальчиков, характеризуемых сверстниками как чрезмерно агрессивные, демонстрируют обе формы агрессии, некоторые мальчики преимущественно прибегают к активной агрессии, в то время как другие — преимущественно к реактивной (см. также Vitaro *et al.*, 1998). В рамках категории активной агрессии мы проводим различия между инструментальной агрессией и «хищнической», т. е. связанной с нападками на слабых (буллинг) или запугиванием (это сродни разделению на враждебную и инструментальную агрессию — по Hartup (1974) и на аффективную и инструментальную агрессию — по Lorenz (1966)). При инструментальной агрессии в центре конфликта находится отнятие преступником у жертвы денег или имущества (как при выхватывании вещей, вооруженном ограблении, грабеже). При неинструментальной агрессии злоумышленник причиняет боль другим или унижает их, без насильственного отнятия денег или вещей. Нападки на слабых у детей и подростков соответствуют последней категории, равно как и большинство форм сексуальной агрессии. В пределах этой матрицы дезорганизованного поведения необходимо изучить как когнитивные процессы, так и эмоции (Orbio de Castro & Bosch, 1998-99).

Хотя разделение на реактивные и активные применялось до сих пор только по отношению к агрессивным действиям, мы считаем, что оно могло бы также успешно применяться к проблемам со скрытым поведением, таким как лживость и обман. Ложь детей и подростков может быть реактивным поведением для того, чтобы избежать обнаружения и следующего за этим ожидаемого наказания за совершенные ими проступки. И наоборот, обман как активное поведение включает в себя предумышленную ложь для получения денег, вещей или особого расположения, как в случае мошенничества.

Таблица 14.1. Обзор поведенческих, эмоциональных и когнитивных аспектов наиболее распространенных открытых и скрытых форм дезорганизованного поведения

Дезорганизованное поведение	Конкретные виды поведения	Эмоции	Примеры когнитивных элементов
Открытое поведение			
Реактивное	*Агрессия* (вербальная агрессия, угрозы, физическая агрессия)	Злость, месть, тревога из-за непрерывных издевательств	Приписывание враждебных намерений другим людям
	Нанесение материального ущерба (поджоги, вандализм)	Злость, месть	Приписывание враждебных намерений. Убеждение, что нанесение материального ущерба справедливо и что все сойдет с рук
Активное	*Неинструментальная агрессия* (нападки на слабых (буллинг), запугивание, драки, насилие, сексуальная агрессия)	Потребность в доминировании, повышении уровня побуждений	Убеждение, что агрессия является приемлемым и успешным способом достижения цели и что собственные материальные потребности важнее потребностей жертвы
	Инструментальная агрессия (незаконное завладение имуществом, угрозы, применение силы, вооруженное ограбление, грабеж)	Потребность в доминировании, в повышении уровня побуждений, аппетитивные эмоции (влечение)	Убеждение, что собственные материальные потребности важнее потребностей жертвы
	Нанесение материального ущерба (поджоги, вандализм)	Высокий уровень побуждения	
Скрытое поведение			
Реактивное	*Ответное воровство*	Злость, месть	Приписывание враждебных намерений. Убеждение, что действие справедливо и что все сойдет с рук
	Нанесение материального ущерба (поджоги, вандализм)	Злость, месть	
	Агрессия отношений (распространение сплетен, остракизм, написание анонимных писем, непристойные телефонные звонки, разоблачение чужих секретов)	Ревность, тревога из-за возможного обнаружения / наказания; диссимуляция, контроль над мимикой	
Активное	*Обман* (ложь, мошенничество, жульничество, действия, направленные на усиление независимости от взрослых)	Диссимуляция намерений, симуляция эмоций для того, чтобы вводить в заблуждение других, контроль над позой и мимикой, избегающее поведение	

Окончание табл. 14.1

Дезорганизованное поведение	Конкретные виды поведения	Эмоции	Примеры когнитивных элементов
	Неспровоцированное воровство	Аппетитивные эмоции	Убеждение, что другие могут обойтись без тех денег, которые у них есть. Убеждение, что его скрытое поведение будет успешным
	Нанесение материального ущерба (поджоги, вандализм, требование страхового возмещения обманным путем)		
	Агрессия отношений (распространение сплетен, остракизм, написание анонимных писем, непристойные телефонные звонки, разоблачение чужих секретов)	Гнев, месть, диссимуляция, контроль над позами и мимикой	

Кроме того, подростки могут использовать обман как активное поведение для того, чтобы узаконить запланированные на более поздний момент времени проступки, удовлетворить желание большей независимости или включиться в поведение взрослого типа (например, употребление алкоголя или ранняя сексуальная активность). Большинство случаев воровства (например, незаконное приобретение имущества посредством кражи в магазине с открытых прилавков или кражи со взломом) относят к скрытым и активным формам поведения (Frick *et al.*, 1993; Loeber & Schmaling 1985). Тем не менее некоторые кражи, особенно совершаемые детьми, могут быть реактивными по своей природе и носить характер мести.

В категорию скрытого дезорганизованного поведения мы включили агрессию отношений, которая в последние годы вызывает повышенное внимание со стороны исследователей (Crick & Grotpeter, 1995). Эта агрессия может быть реактивной, когда человек пытается свести с кем-то счеты, распространяя о нем слухи или плетя интриги с целью исключить его из существующих социальных взаимодействий. Такая агрессия может быть также активной, если она будет использоваться для достижения социального преимущества по отношению к воспринимаемому сопернику (как в случае ревности), для причинения социального вреда другому человеку или для того, чтобы развлечь себя или других. Некоторые варианты агрессии отношений частично совпадают с категорией лжи, но в данном случае причиной лжи не является желание защитить себя от наказания или проверки либо выманить обманным путем деньги или имущество.

В табл. 14.1 наглядно показано, что нанесение материального ущерба (вандализм или поджоги) может быть вариантом как скрытого, так и открытого поведения, в зависимости от намерений правонарушителя нести ответственность за ущерб. Однако исследования свидетельствуют о том, что большинство случаев нанесения материального ущерба реализуются скрыто (Frick *et al.*, 1993; Loeber & Schmaling, 1985). Нанесение материального ущерба также может быть реактивным и активным. Что касается пер-

вого варианта, то дети могут повреждать собственность своих товарищей по играм в связи с реальной или воображаемой обидой. Примером активного варианта разрушения собственности может быть ситуация, когда члены подростковой группировки портят имущество или «территорию» конкурирующих групп для того, чтобы запугать конкурентов и установить границы собственной территории.

Специфические эмоциональные и когнитивные процессы, связанные с разделением дезорганизованного поведения на открытое–скрытое и реактивное–активное

Мы выдвинули гипотезу, что сопутствующие дезорганизованному поведению эмоции и когнитивные элементы различаются в зависимости от того, касается ли это открытых или скрытых и реактивных или активных форм антисоциального поведения. Из-за ограниченного места мы не будем рассматривать моральные аспекты, которые имеют отношение к пониманию агрессии (см., например, Guerra *et al.*, 1994).

В табл. 14.1 приведены наши гипотезы относительно основных когнитивных и эмоциональных механизмов, которые функционируют во время совершения этих разнообразных антисоциальных действий. Хотя мы пытались дифференцировать когнитивные и эмоциональные компоненты этих действий, мы не придерживаемся точки зрения, что когнитивный и эмоциональный факторы разделимы. На самом деле мы обычно рассматриваем их как взаимосвязанные стороны одной и той же реакции или процесса.

Открытые формы дезорганизованного поведения

Взаимосвязь между эмоциями и когнитивными процессами можно четко проследить во время анализа открытых форм реактивного дезорганизованного поведения. Реактивная агрессия, по определению, возникает в ответ на провокацию, реальную ли или же воображаемую, и мотивация к ответному агрессивному поведению может быть немедленной или формируется на протяжении длительного времени таким образом, что последние события интерпретируются в свете предшествующих взаимодействий. Дети, склонные к реактивной агрессии, с большей вероятностью будут приписывать другому человеку враждебные намерения в отношении себя, если он ассоциируется с негативными событиями, имеющими отношение к ребенку (Dodge & Coie, 1987; Dodge *et al.*, 1986; Pettit *et al.*, глава 11). Такая интерпретация намерений другого человека ведет к злости и желанию отомстить. Такие эмоциональные реакции на воспринимаемые враждебные намерения типичны фактически для всех детей (Dodge, 1980), так как враждебные намерения других оправдывают собственную агрессию; но не все дети приходят к такому заключению при одинаковых обстоятельствах. Реактивная агрессия в большей степени, чем активная, приводит к неприятию со стороны сверстников (Price & Dodge, 1989), что, в свою очередь, усиливает тенденции приписывания враждебных намерений и реактивную агрессию. Этот цикл отчасти объясняет стойкость реактивной агрессии в процессе развития.

Индивиды, охваченные мыслью о том, что то, что они чувствуют, является справедливой злостью, могут быть менее предусмотрительными относительно прямых последствий их агрессивных действий. Таким образом, они менее расчетливы в отношении ответной реакции и могут не думать о последствиях их агрессивного поведения настолько же, насколько и подростки, охваченные активной агрессией (Crick & Dodge, 1996). Однако, по нашим предположениям, некоторые элементы самоконтроля отличают тех, кто использует физическую агрессию для мести как реактивную форму поведения, от тех, кто вовлечен в процесс нанесения материального ущерба. Последние склонны определять степень потерь или ущерба, причиняемых этими действиями другому человеку, но из-за боязни незамедлительного (или более эффективного) ответа со стороны других или ареста они решаются на акты вандализма, поджоги или на другие формы нанесения материального ущерба. Поскольку эти индивиды посредством нанесения ущерба чужой собственности демонстрируют свое недовольство действиями других людей, мы предполагаем, что они оценивают последствия своих действий точно так же, как дети и подростки, совершающие агрессивные действия активного типа. Таким образом, мы предполагаем, что они верят в то, что их действия справедливы и что, вероятно, они принесут успех.

Механизм приписывания враждебных намерений другим и связанное с ним чувство злости менее характерны для детей, чья агрессия принимает преимущественно активные формы. Дети и подростки, прибегающие к активным агрессивным действиям, более склонны к позитивным взглядам в отношении агрессии (Guerra *et al.*, 1995) и к позитивным ожиданиям в отношении ее эффективности (Perry *et al.*, 1986). Эти взгляды и ожидания могут основываться на реальном жизненном опыте. В детстве активная агрессия связана с нападками на слабых и с агрессивными действиями, направленными на достижение социального доминирования. Нападки на слабых, в отличие от упрочения своего положения в социальной иерархии, могут свидетельствовать об отсутствии сочувствия к жертвам и о наслаждении от причинения и наблюдения боли, что предполагает раннюю потерю социальных связей.

Несмотря на то, что мы считаем, что активные и реактивные формы агрессии и нанесения материального ущерба, приведенные в табл. 14.1, включают одинаковые когнитивные и эмоциональные процессы, мы думаем, что инструментальные формы агрессии могут включать и другие когнитивные и эмоциональные элементы, однако пока еще нет доказательств в пользу данного вывода. Инструментальная агрессия может быть мотивирована аппетитивными факторами и оправдана перед самим собой убеждениями, что собственные материальные потребности намного важнее потребностей жертвы или что удовлетворение своих потребностей таким способом является установившейся практикой.

Скрытые формы дезорганизованного поведения

Некоторые из тех когнитивных и эмоциональных элементов, которые проявляются при открытых формах дезорганизованного поведения, могут также использоваться и при скрытых формах. До некоторой степени все агрессивные поступки сопровождаются расчетом затрат и выгод (Kornadt, 1984). Мотивация, вызванная желанием ото-

мстить, аппетитивными факторами или потребностью испытать возбуждение, сопоставляется с расчетами степени сопротивления или возмездия со стороны жертвы и вероятности ареста и последующего наказания. Открытые действия отражают сокращение до минимума беспокойства по поводу вышеперечисленного, тогда как скрытые действия замышляются с целью избежать возмездия или наказания. До некоторой степени это решение может включать в себя оценку ситуационных обстоятельств потенциальными агрессорами, однако индивидуальные факторы могут также играть существенную роль. Индивиды, более склонные к тревоге по поводу последствий, выберут, вероятнее всего, скрытые формы поведения. В случае физической агрессии недостаток физической силы и возможностей, равно как и возросшее беспокойство по поводу своего здоровья, может быть важным определяющим фактором выбора скрытых антисоциальных действий.

Большинство скрытых действий мотивированы аппетитивными факторами и направлены на приобретение материальных ценностей или денег. Чтобы оправдать такие действия перед самим собой, индивид должен считать, что его потребности более важны, чем потребности жертвы, или что все сойдет с рук. Перспектива успеха и возможность избежать ареста также являются важными факторами, хотя существуют формы ничем не вызванного воровства (клептомания), что, по-видимому, уменьшает значение этих факторов. Важным эмоциональным фактором для детей и подростков, которые воруют, является испытываемое волнение и повышение уровня побуждений, стимулирующие скрытые действия, например ночная кража со взломом и кража в магазинах с открытых прилавков. С другой стороны, ответное воровство, встречающееся значительно реже, мотивировано теми же эмоциональными и когнитивными факторами, что и реактивная агрессия, а именно совершающий кражу подросток испытывает злость из-за убеждения, что жертва преднамеренно причинила ему вред и поэтому заслуживает возмездия. Из-за боязни наказания, особенно если жертва значительно сильнее злоумышленника, такие ответные действия могут принимать форму воровства или нанесения материального ущерба. Оба эти действия лишают жертву собственности. В случае воровства дополнительным вознаграждением является овладение имуществом жертвы. В случае нанесения материального ущерба физический акт разрушения чего-либо, принадлежащего жертве, может быть источником удовольствия для лица, совершающего правонарушение.

Активные действия с целью обмана могут иметь общие эмоциональные и когнитивные элементы с активным воровством: оба эти варианта включают в себя незаконное приобретение денег или имущества. Акты мошенничества могут вовлекать дополнительные когнитивные и эмоциональные элементы. Ложь и обман, чтобы быть успешными, требуют контроля над эмоциями. В некоторых случаях это приводит к диссимуляции эмоциональных проявлений в жестах и мимике, а также к хорошему контролю над тревогой. С нашей точки зрения, для достижения такого контроля необходимы определенные убеждения, которые оправдывали бы такое поведение либо путем отрицания вреда, причиняемого злоумышленником другому человеку, либо путем оценки собственных потребностей значительно выше потребностей других. Также вероятно, что такие действия удовлетворяют потребность в эмоциональном возбуждении, поскольку индивидам с повышенным общим уровнем фонового возбуждения было бы сложно осуществлять обман.

Мы добавили к списку скрытых форм одну категорию — агрессию отношений, поскольку она вызвала повышенный исследовательский интерес, особенно при изучении поведения женщин (Crick & Grotpeter, 1995). Некоторые варианты этой агрессии имеют общие признаки с поведением обмана, однако в данном случае ложь мотивирована не стремлением защитить себя от наказания либо ареста (как при реактивном варианте) или целью выманить обманным путем у кого-то деньги либо собственность (как при активном варианте). Вместо этого агрессия отношений может быть направлена на то, чтобы свести счеты с кем-либо, распуская о нем сплетни или плетя интриги, чтобы исключить его из существующих социальных взаимодействий. Crick (1995) продемонстрировал, что агрессия отношений связана с той же склонностью приписывать враждебные намерения, что и реактивная физическая агрессия, и высказал предположение, что агрессия отношений по своей природе является преимущественно реактивной. Она также может быть активной по той причине, что ее можно использовать для достижения социального превосходства над воспринимаемым соперником, или (как в случае нападок на слабых или при «хищнической» агрессии) только для причинения социального вреда другому человеку, или для того, чтобы предоставить развлечение для себя или окружающих.

Выводы

Мы показали, что эмоциональные и когнитивные процессы играют важную роль в устойчивости дезорганизованного поведения и что, с другой стороны, эти факторы являются ключевыми в понимании прерывности этого поведения с возрастом. Мы также показали, что эмоциональные и когнитивные процессы по-разному влияют на дезорганизованное поведение в зависимости от того, включает ли в себя такое поведение открытые или скрытые действия, или от того, какой по своей природе является мотивация — реактивной или активной. Общепризнано, что научные данные более убедительны для состояний, имеющих отношение к открытому поведению (особенно агрессии), и фактически отсутствуют для скрытых форм поведения. Существуют некоторые другие аспекты, заслуживающие внимания исследователей. Во-первых, возрастные аспекты когнитивной деятельности, имеющие отношение к дезорганизованному поведению, могут быть с пользой исследованы с точки зрения теории сознания, т. е. с позиции способности детей приписывать себе или другим особенности психического состояния, чтобы объяснить либо спрогнозировать поведение (Astington *et al.*, 1998). Хотя были предприняты некоторые попытки применить эту концепцию к агрессивному поведению в детском возрасте (Happe & Frith, 1996), не было попыток связать ее со скрытыми формами поведения.

Во-вторых, имеются существенные гендерные различия в эмоциональных реакциях и когнитивной деятельности, связанных с открытыми и скрытыми формами дезорганизованного поведения. Принято считать, что агрессия среди девочек встречается значительно реже, чем среди мальчиков (Maccoby & Jacklin, 1974), однако эти различия исчезают, как только берутся во внимание провокации (Bettencourt & Miller, 1996), и могут уменьшаться, когда учитываются социальные и непрямые формы агрессии. Тем не менее на уровне серьезного насилия мальчики-подростки превосходят девочек

по данным всех исследований (Loeber & Farrington, 1998). Эмоциональные и когнитивные процессы, которые могут объяснить, почему девочки менее склонны к насилию, все еще требуют изучения. Одна из гипотез состоит в том, что девочки больше боятся негативных последствий физической конфронтации или что конфронтация вызывает негативные эмоции, и когда девочки вовлекаются в более активные формы скрытой деятельности, нацеленной на причинение вреда другим, они пытаются избежать негативных эмоций, часто ассоциирующихся с прямой конфронтацией.

В-третьих, следует изучить возрастные особенности эмоциональной и когнитивной сфер. Например, для того чтобы обманывать, необходим определенный уровень эмоциональной искушенности (Saarni, 1989; Underwood *et al.*, 1992), а способности к изощренному обману у детей и подростков повышаются с возрастом. Усовершенствование навыков совершения обмана и избегания санкций взрослых может быть одним из способов, посредством которых сверстники, склонные к отклоняющемуся поведению, тренируют друг друга с тем, чтобы более эффективно и успешно участвовать в антисоциальной деятельности (Dishion *et al.*, 1994). Кроме того, от детского к подростковому возрасту углубляется понимание права собственности (Loeber & Hay, 1994).

В-четвертых, требуют большего внимания средовые и культуральные аспекты когнитивной деятельности, связанной с дезорганизованным поведением. Хотя вопрос оправдания воровства не был исследован с точки зрения когнитивных процессов, как это было сделано для активной агрессии, имеются неопубликованные данные о том, что некоторые дети могут расти в бедной среде, где в понятие «воровство» вкладывается меньше негативного смысла, так как это один из способов удовлетворения потребностей, необходимых для выживания. Это может быть подтверждено тем, что вера в оправданность краж отличает более постоянно вовлеченных в воровскую деятельность индивидов от остальных. Вторым мотивационным суждением, которое может быть рассмотрено с контекстуальной точки зрения, является волнение и нарастающее возбуждение, подкрепляющие скрытые действия. Может так случиться, что окружение по месту жительства с высоким уровнем преступности видоизменяет смысл такой деятельности и она становится частью обряда посвящения для детей и подростков. По существу, это может привести к изменению эмоциональных последствий такой деятельности.

В-пятых, более глубокое понимание эмоциональных и когнитивных процессов, имеющих отношение к конкретным вариантам дезорганизованного поведения, должно зависеть от относительной устойчивости или исчезновения таких форм поведения. Например, реактивные и активные варианты дезорганизованного поведения по-разному влияют на устойчивость дезорганизованного поведения. Для активного дезорганизованного поведения, которое служит достижению личного превосходства или приобретению денег либо имущества и где значение успеха в значительной степени превосходит значение неудач и затрат, устойчивость будет более высокой. В других случаях, когда активные варианты антисоциальной деятельности повышают уровень побуждений, можно ожидать существенных индивидуальных различий при условии, что поведение оценивается через достаточно длительные интервалы для того, чтобы охватить различные благоприятные возможности, при которых такое поведение может проявиться.

И наконец, мы рассматриваем понимание эмоциональных и когнитивных компонентов дезорганизованного поведения как первый шаг к усовершенствованию вмеша-

тельств, направленных на уменьшение частоты такого поведения. Чем больше мы узнаем об эмоциональных и о когнитивных аспектах, связанных с устойчивостью дезорганизованного поведения, тем более адекватно эти аспекты могут быть включены во вмешательства. Хотя статистические и исследовательские данные достаточно полезны, максимальная практическая выгода от лучшего понимания когнитивных и эмоциональных аспектов дезорганизованного поведения выразится в более совершенных вмешательствах.

Выражение признательности

Мы признательны Erica Spokart за составление списка литературы. Исследование было поддержано грантами NIDA — Национального института проблем злоупотребления наркотиками (DA411018), Национального института психического здоровья (MH50778) и Управления юстиции по делам несовершеннолетних и профилактике делинквентности (96-MU-FX-0012). Точки зрения, изложенные в данном документе, являются мнениями авторов и не обязательно отражают официальную позицию Управления юстиции по делам несовершеннолетних и профилактике делинквентности, Министерства юстиции, Национального института психического здоровья или Национального института проблем злоупотребления наркотиками.

ЛИТЕРАТУРА

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Astington, J.W., Harris, P.L. & Olson, D.R. (Eds.) (1988). *Developing Theories of Mind.* New York: Cambridge University Press.

Baicker-McKee, C. (1990). *Saints, sinners, and prodigal sons: An investigation of continuities and discontinuities in antisocial development.* PhD dissertation. Virginia: University of Virginia.

Bettencourt B.A. & Miller, N. (1996). Gender differences in aggression as a function of provocation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 119,* 422–47.

Carroll, J. & Weaver, P. (1986). Shoplifters' perception of crime opportunities: A process-tracing study. In D.B. Cornish & R.V. Clarke (Eds.), *The Reasoning Criminal: Rational Choice Perspectives on Offending,* pp. 20–38. New York: Springer-Verlag.

Caspi, A., Elder, G.H. & Bem, D.J. (1987). Moving against the world: Life-course patterns of explosive children. *Developmental Psychology, 23,* 308–13.

Caspi, A., Behm, D.J. & Elder, G.H. (1989). Continuities and consequences of interactional styles across the life course. *Journal of Personality, 57,* 375–406.

Caspi, A. &: Moffitt, T.E. (1995). The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology,* Vol. 2 (pp. 472–511). New York: John Wiley & Sons.

Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity* (5th edn). St. Louis, MO: Mosby.

Coie, J.D. & Dodge, K.A. (1988). Multiple sources of data on social behavior and social status in the school: Across-age comparison. *Child Development, 59,* 815–29.

Coie J.D. & Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology, Fifth Edition, Volume 3: Social, Emotional and Personality Development* (pp. 779–862). New York: John Wiley & Sons.

Crick, N.R. (1995). Relational aggression: The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Developmental Psychopathology,* 7, 313–22.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development, 67,* 993–1002.

Crick, N.R. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development, 66,* 710–22.

Cummings, E.M., Hennessy, K.D., Rabideau, G.J. & Cicchetti, D. (1991). Responses of physically abused boys to inter-adult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology, 6,* 31–41.

Dishion, T.J., French, D.C. & Patterson, G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp. 421–71). New York: John Wiley & Sons.

Dishion, T.J., Patterson, G.R. & Griesler, P.C. (1994). Peer adaptations in the development of antisocial behavior. In L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives* (pp. 61–95). New York: Plenum Press.

Dodge, K.A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development, 81,* 162–70.

Dodge, K.A. & Coie, J.D. (1987). Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1146–58.

Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. & Valente, E. (1995). Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 632–43.

Dodge, K.A., Pettit, G.S , McClaskey, C.L. & Brown, M.M. (1986). Social competence in children *Monographs of the Society for Research in Child Development, 51* (2, Serial No. 213).

Elliott, D.S. (1994). Longitudinal research in criminology: promise and practice. In E.G.M. Weitekamp & H.J. Kerner (Eds.), *Cross-national Longitudinal Research on Human Development and. Criminal Behavior* (pp. 189–201). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Farrington, D.P. (1986). Stepping stones to adult criminal careers. In D. Olwens, J. Block & M.R. Yarrow (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior* (pp. 359–83). New York: Academic Press.

Farrington, D.P. (1991). Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. In D.J. Pepler &: K.H. Rubins (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Farrington, D.P. (1994). Childhood, adolescent, and adult features of violent males. In L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives* (pp. 215–40). New York: Plenum Press.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1994). Structure of DSM–III–R criteria for disruptive childhood behaviors: confirmatory factor models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 1145–57.

Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., *et al.* (1993). Oppositional defiant disorder & conduct disorder: I. Meta-analytic review of factor analyses. *Clinical Psychology Review, 13,* 319–40.

Frick, P.J., O'Brien, B.S., Wootton, J.M. & McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 700–7.

Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R. & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. *Archives of General Psychiatry, 42,* 937–47.

Gottfredson, M.R. &: Hirschi, T (1990). *A General Theory of Crime.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Graham, P. & Rutter, M.L. (1973). Psychiatric disorders in the young adolescent: A follow-up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 66,* 1226–9.

Greene, E.L., Langner, T.S., Herson, J.H., *et al.* (1973). Some methods of evaluating behavioral variations in children 6 to 18. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 12,* 531–53.

Guerra, N.G., Huesmann, L.R. & Hanish, L. (1995). The role of normative beliefs in children's social behavior. In N. Eisenberg (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology, Development, and Social Psychology: The Interface* (pp. 140–58). Thousand Oaks, CA: Sage.

Guerra, N.G., Nucci, L. & Huesmann, L.R. (1994). Moral cognition and childhood aggression. In R. L. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior. Current Perspectives* (pp. 13-33). New York: Plenum Press.

Haapasalo, J. & Tremblay R.E. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 1044–52.

Happé, F. & Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology, 14,* 385–98.

Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist — Revised.* Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Hartup, W.W. (1974). Aggression in childhood: Developmental perspectives. *American Psychologist, 29,* 336–41.

Hawkins, D.F., Laub, J.H. &: Lauritsen, J.L. (1998). Race, ethnicity, and serious juvenile offending. In R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 13–29). Thousands Oaks, CA: Sage.

Hawkins, J.D., Herrenkohl, T., Farrington, D.P., *et al.* (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), Serious *and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 106–46). Thousand Oaks, CA: Sage.

Huizinga, D.H. (1995). Developmental sequences in delinquency. In L. Crockett & A. Crouter (Eds.), *Pathways Through Adolescence* (pp. 15–34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development.* New York: Academic Press.

Kelley, B.T., Loeber, R., Keenan, K. & DeLamatre, M. (1997). *Developmental Pathways in Boys' Disruptive and Delinquent Behavior.* Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice.

Kolvin, I., Miller, P.J.W., Scott, D.M., Gatzanis, S.R.M. & Fleeting, M. (1990). *Continuities of deprivation? The Newcastle 1000 family study.* Aldershot: Avebury.

Kornadt, H.J. (1984). Motivation theory of aggression and its relation to social psychological approaches. In A. Mummendy (Ed.), *Social Psychology of Aggression: From Individual Behavior to Social Interaction* (pp. 21–31). New York: Springer.

Lahey, B.B., Loeber, R., Hart, E.L., *et al.* (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 83–93.

Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J. & Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorder: Issues to be resolved for DSM–IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 539–46.

Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J. & Grimm, J. (1997). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, *et al.* (Eds.), *DSM–IV Sourcebook* (Vol. 3, pp. 189-209). Washington DC: American Psychiatric Association.

Lahey, B.B., McBurnett, K. & Loeber, R. (in press). Are attention-deficit / hyperactivity disorder and Oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder? In M. Lewis & A. Sameroff (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (Vol. 2). New York: Plenum Press.

Lipsey, M.W. & Derzon, J.H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful interventions* (pp. 86–105). Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R. (1982). The stability of antisocial and delinquent child behavior. *Child Development, 53,* 1431–46.

Loeber, R. (1985). Patterns and development of antisocial child behavior. In G.J. Whitehurst (Ed.), *Annals of Child Development* (Vol. 2, pp. 77–116). Greenwich, CT: JAI Press.

Loeber, R. (1991). Antisocial behavior: More enduring than changeable? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 393–7.

Loeber, R., DeLamatre, M., Keenan, K. & Zhang, Q. (1998*a*). A prospective replication of developmental pathways in disruptive and delinquent behavior. In R. Cairns, L. Bergman & J. Kagan (Eds.), *Methods and Models for Studying the Individual* (pp. 185–215). Thousands Oaks, CA: Sage.

Loeber, R. &: Dishion, T.J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin, 94,* 68–99.

Loeber, R. & Farrington, D.P. (Eds.) (1998). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions.* Thousand Oaks, CA· Sage.

Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W.B. (1998*b*). *Antisocial Behavior and Mental Health Problems: Explanatory Factors in Childhood and Adolescence.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Loeber, R., Green, S.M., Keenan, K. & Lahey, B.B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 499–509.

Loeber, R., Green, S.M. & Lahey, B.B. (in press). Risk factors of adult antisocial personality in adulthood. In J. Coid & D.P. Farrington (Eds.), *Primary Prevention of Adult Antisocial Personality.* Cambridge: Cambridge University Press.

Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Christ, M.A.G. &: Prick, PJ. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 1,* 21–41.

Loeber, R. & Hay, D.F. (1994). Developmental approaches to aggression and conduct problems. In M. Rutter and D.F. Hay (Eds.), *Development Through Life: A Handbook for Clinicians* (pp. 488–516). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Loeber, R., Keenan, K. & Zhang, Q. (1997). Boys' experimentation and persistence in developmental pathways toward serious delinquency, journal *of Child 6r Family Studies, 6,* 321–57.

Loeber, R. & Schmaling, K. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 337–52.

Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1987). Prediction. In H.C. Quay (Ed.), *Handbook of juvenile Delinquency* (pp. 325–82). New York: John Wiley & Sons.

Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist, 53,* 242–59.

Loeber, R., Tremblay, R.E., Gagnon, C. & Charlebois, P. (1989). Continuity and desistance in disruptive boys' early fighting in school. *Development & Psychopathology, 1,* 39–50.

Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., *et al.* (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development & Psychopathology, 5,* 101–32.

Lorenz, K. (1966). *On Aggression.* New York: Harcourt.

Luntz, B K. & Widom, CJ. (1994). Antisocial personality disorders in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 151,* 670–4.

Lynam, D.R. (1997). Pursuing the psychopath: Capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 425–38.

Lynam, D., Moffitt, T. & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: Class, race, test motivation, school failure, or self control? *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 187–96.

Maccoby, E.E. & Jacklin, C.M. (1974). *The Psychology of Sex Differences.* Stanford: Stanford University Press.

Maughan, B. & Rutter, M. (1998). Continuities and discontinuities in antisocial behavior from childhood to adult life. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 20, pp. 1–47). New York: Plenum Press.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychology Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1988). IQ and delinquency: A direct test of the differential detection hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 330–3.

Nagin, D.S. & Farrington, D.P. (1992). The stability of criminal potential from childhood to adulthood. *Criminology, 30,* 235–60.

Nagin, D.S. & Land K.S. (1993). Age, criminal careers, and population heterogeneity: specification and estimation of a nonparametric, mixed poisson model. *Criminology, 31,* 327–62.

Nagin, D.S. & Paternoster, R. (1991). On the relationship of past to future participation in delinquency. *Criminology, 29,* 163–89.

Newman, J.P. & Wallace, J.F. (1992). Three pathways to impulsive behavior: Implications for violence and aggression. In *Proceedings: Fourth Symposium on Violence and Aggression.* Saskatchewan: University of Saskatchewan and Regional Psychiatric Centre.

Nijboer, J.A. & Weerman, F.M. (1998). Delinquente carrières van jongens. Variërende gedrag-spatronen in de adolescentieperiode. *Justitiële Verkenningen* (The Hague, Netherlands), 24, 26–43.

Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males. *American Psychological Bulletin, 86,* 852–7.

Orbio de Castro, B. & Bosch, J. D. (1998-99). Sociale-informatieverwerking door jongens met gedragsproblemen. *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, 3,* 212–41.

Patterson, G.R. (1982). *A Social Learning Approach: Coercive Family Process* (Vol. 3). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G.R., Forgatch, M.S., Yoerger, K.L. & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology, 10,* 531–47.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia.

Perry, D.G., Perry, L.C. & Rasmussen, P. (1986), Cognitive social learning mediators of aggression. *Child Development, 57,* 700–11.

Price, J.M. & Dodge, K.A. (1989). Reactive and proactive aggression in childhood: Relations to peer status and social context dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 455–71.

Pulkkinen, L. (1992). Life-styles in personality development. *European Journal of Personality, 6,* 139–55.

Raine, A. (1993). *The Psychopathology of Crime.* San Diego, CA: Academic Press.

Richards, P. (1981). Quantitative and qualitative sex differences in middle-class delinquency, *Criminology, 18,* 5–28.

Robins, L.N. (1966). *Deviant Children Grow Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Rutter, M., Giller, H. & Hagel, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People.* Cambridge; Cambridge University Press.

Saarni, C. (1989). Children's understanding of strategic control of emotional expression in social transactions. In C. Saami & P.L. Harris (Eds.), *Children's Understanding of Emotion* (pp. 181–208). Cambridge: Cambridge University Press.

Sampson, R.J. &: Laub, J.H. (1993). *Crime in the Making. Pathways and Turning Points through Life.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Smetana, J.G. (1990), Morality and conduct disorder In M. Lewis & S.M. Miller (Eds), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 157–79). New York: Plenum Press.

Straus, M.A., Gelles, R.J. & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family.* Garden City, NY: Anchor.

Thornberry, T. (1998). Membership in youth gangs and involvement in serious and violent offenders. In R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 147–66). Thousand Oaks, CA: Sage.

Tolan, P.H. (1998). Voorspellers van gewelddadig gedrag bij jongeren. In W. Koops & W. Slot (Eds.), *Van lastig tot misdadig* (pp. 52–64). Houten/Diegem, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.

Tolan, P.H. & Gorman-Smith, D. (1998). Development of serious and violent offending careers. In R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Intervention* (pp. 68-87). Thousands Oaks, CA: Sage.

Tremblay, R.E., Loeber, R., Gagnon, C., *et al.* (1991). Disruptive boys with stable and unstable high fighting behavior patterns during junior elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19,* 285–300.

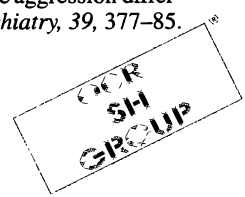
Turiel, E. (1998). The development of morality. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development,* 5th edition (pp. 863–932). New York: John Wiley & Sons.

Underwood, M.K., Coie, J.D. & Herbsman, C.R. (1992). Display rules for anger and aggression in school-age children. *Child Development, 63,* 366–80.

Van Kammen, W.B., Maguin, E. & Loeber, R. (1994). Initiation of drug selling and its relationship with illicit drug use and serious delinquency in adolescent boys. In E.G.M. Weitekamp & H.J. Kerner (Eds.), *Cross-National Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior* (pp. 229–41). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Verhulst, F.C. & van der Ende,J. (1992). Six-year stability of parent-reported problem behavior in an epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20,* 595–610.

Vitaro, F., Gendreau. P.L., Tremblay, R.E. & Oligny, P. (1998). Reactive and proactive aggression differentially predict later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,* 377–85.



15

Лечение поведенческих расстройств

Alan E. Kazdin

Как известно, расстройство поведения чаще всего является основанием для направления в клинические учреждения, занимающиеся лечением детей и подростков. Кроме того, это заболевание имеет относительно неблагоприятный отдаленный прогноз и передается между поколениями. Поскольку дети с расстройством поведения часто проходят через разнообразные социальные службы (например, специального обучения, охраны психического здоровья, правосудия по делам несовершеннолетних), лечение их является одним из наиболее дорогостоящих в Соединенных Штатах Америки (Robins, 1981). (Детьми мы будем называть и детей, и подростков. В тех случаях, когда это будет важно для дискуссии, эти понятия будут разделены и соответственно применены.) Несомненно, необходимо развивать программы эффективных вмешательств. В то же время перспектива разработать эффективные методы лечения расстройства поведения не вызывает восторга у исследователей. Сама природа расстройства и многие аспекты, с которыми оно ассоциируется, предвещают множество препятствий уже в самом обеспечении лечением, не говоря о достижении терапевтических изменений. Тем не менее на протяжении последних двух десятилетий в лечении удалось добиться существенных успехов. В этой главе рассматриваются и оцениваются достижения в лечении расстройства поведения, в частности наиболее многообещающие методы лечения. Отобраны именно те методики, которые прошли тщательную проверку в контролируемых клинических испытаниях. В дополнение к оценке отдельных терапевтических техник обсуждаются также ограничения современных исследований эффективности методов лечения, а также модели оказания помощи подросткам с расстройством поведения.

Основные характеристики, которые следует рассматривать в связи с лечением

С точки зрения лечения расстройство поведения отображает совокупность разнообразных факторов, имеющих отношение к ребенку, родителю, семье в целом, и контекстуальных условий, которые, не считая основных симптомов расстройства, могут существенно влиять на проведение и эффективность лечения. Кратко остановимся на некоторых явно выраженных сферах, касающихся лечения.

Гетерогенность расстройства

Расстройство поведения состоит из разнородных и многогранных нарушений. В соответствии с *Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам* (DSM–IV; American Psychiatric Association, 1994) диагноз ставится в том случае, если ребенок демонстрирует как минимум три из 15 симптомов на протяжении последних 12 месяцев, по крайней мере, с одним явным симптомом в течение последних шести месяцев. В число симптомов расстройства поведения входят: запугивание, инициирование драк, использование оружия, проявление физической жестокости по отношению к другим людям или к животным, ограбление, разрушение собственности, вторжение в чужие владения, кража предметов, представляющих особую ценность, поздние возвращения домой, побеги, лживость, предумышленные поджоги и прогулы школьных занятий. Безусловно, дети, у которых клиническая картина соответствует диагностическим критериям, могут значительно различаться характерными комбинациями демонстрируемых симптомов, не говоря уже о колебаниях в тяжести и устойчивости отдельных симптомов, а также в степени общего нарушения. Даже если дети представляют практически одинаковые паттерны симптомов, мы знаем, что к этому расстройству они могут приходить разными путями (Moffitt *et al.*, 1996). Другими словами, клинические проявления расстройства поведения совершенно разные, а, встречаясь с практически одинаковыми признаками, мы можем обнаружить разные истории развития.

В этой главе при обсуждении методов лечения мы не ссылаемся на диагностические критерии по двум причинам. Первая и главная состоит в том, что в большинстве исследований при наборе или отборе испытуемых не использовалась какая-либо формальная диагностическая классификация. При этом применялись другие критерии (например, направление в клинические амбулаторные или стационарные учреждения в связи с антисоциальным поведением, чрезмерно высокие показатели (в баллах) по вопросникам для родителей, судебный приговор). Вторая и, вероятно, более важная причина заключается в том, что нет явных доказательств того, что диагностические критерии представляют собой пороговое значение или уровень, с которого начинается клинически значимое нарушение функций. В действительности полученные данные свидетельствуют о том, что необходимость в лечении, нарушение и отдаленные неблагоприятные последствия характерны для детей, которые не достигают порога соответствия диагностическим критериям расстройства (Offord *et al.*, 1992). Следовательно, учитывая цели этой главы, термин «расстройство поведения» (строчными буквами) будет использован для включения детей, которые вовлечены в агрессивное и антисоциальное поведение и демонстрируют существенное нарушение. Имя собственное «Расстройство поведения» будет сохраняться для случаев, соответствующих диагностическим критериям DSM–IV.

Ассоциированные характеристики

Если бы принимались во внимание только лишь симптомы расстройства поведения и постоянство нарушения, задача определения эффективных методов лечения была бы достаточно сложной. Однако характеристики детей и их семей обычно поднимают несколько других важных вопросов, имеющих значение для лечения. Как основу для

последующих комментариев о лечении рассмотрим характерные особенности детей, их родителей, семей в целом и условия, которые ассоциируются с расстройством поведения.

Как отмечено в предыдущей главе, дети, у которых клиническая картина соответствует критериям диагностики «Расстройства поведения», по-видимому, также удовлетворяют критериям других расстройств. Несколько других ассоциированных признаков, вероятно, имеют значение для лечения. У детей с расстройством поведения наблюдается плохая успеваемость в школе, которая, например, выражается в низком уровне достижений, низких оценках, отставании от школьной программы, преждевременном уходе из школы и недостатке специфических навыков, например чтения (Kazdin, 1995*b*). У этих детей скорее всего будут плохие межличностные отношения, проявляющиеся в недостатке навыков общения со сверстниками и взрослыми и в более частых случаях отвержения сверстниками. Кроме того, у детей с расстройством поведения часто отмечаются различные виды недостаточности и искажения в когнитивном функционировании и атрибутивных процессах, а также недостаточно сформированные когнитивные навыки решения проблем. В целом могут быть нарушены многие сферы функционирования ребенка. Для того чтобы лечение оказалось эффективным, больше усилий следует направить на нарушения в пределах репертуара ребенка, чем на основные симптомы расстройства.

С расстройством поведения ассоциируются отдельные характеристики родителей и семьи в целом (см. Kazdin, 1995*b*; Robins, 1991; Stoff *et al.*, 1997). Двумя наиболее сильными и последовательно доказанными характеристиками родителей являются криминальное поведение и алкоголизм. Дисциплинарные меры, практикуемые родителями, и их установки, особенно суровые, неопределенные, эксцентричные и непоследовательные способы наказания, также очень характерны. Очевидны также дисфункциональные отношения, которые находят отражение в меньшем одобрении со стороны родителей, менее заметной теплоте, меньшей любви и эмоциональной поддержке, в слабой привязанности по сравнению с родителями детей, которых не направляли на лечение. Также доказаны менее поддерживающие по характеру и более оборонительные контакты между членами семьи с явным доминированием одного из ее членов, меньшее участие в совместной деятельности семьи как целом. Кроме того, отношениям родителей детей с расстройством поведения свойственны неудавшиеся супружеские отношения, межличностные конфликты и агрессия. С расстройством поведения также ассоциируется плохой контроль и надзор за детьми; очень часто родители ничего не знают об их местонахождении. От характеристик родителей в значительной степени может зависеть, будут ли их дети доставлены для лечения, останутся ли в нем и извлекут ли из него пользу.

Наконец, расстройство поведения ассоциируется с разнообразными неблагоприятными жизненными условиями, например большой размер семьи, перенаселенность, плохие жилищные условия и обучение в школе для малоимущих (Kazdin, 1995*b*). Многие тяжелые условия, в которых проживают семьи, вызывают напряжение у родителей или снижают порог их чувствительности к факторам, приводящим к ежедневным стрессам. Во взаимодействиях «родитель–ребенок» может проявляться результирующее влияние, заключающееся в том, что родители непреднамеренно вовлекаются в модели поведения, которые поддерживают или форсируют антисоциальные либо агрессивные взаимодействия (Dumas & Wahler, 1983; Patterson *et al.*, 1991).

Часто нарушение функционирования ребенка встраивается в более широкий контекст, которым нельзя пренебрегать в концептуальном представлении о развитии, сохранении и течении расстройства поведения, а также о реальном проведении лечения. Например, в наше амбулаторное учреждение (Йельская клиника для детей с расстройством поведения) часто направляют семьи, для которых характерны финансовые трудности (безработица, значительные долги, банкротство), неблагоприятные жизненные условия (проживание в опасном районе, маленькое жилое помещение), проблемы с транспортом, отсутствие (часто находится в ремонте) автомобиля, общественного (государственного) такси, транспорта, психические нарушения у одного из родителей, стресс, связанный со «второй половиной» (бывшие супруги, сожители), а также контакт с внешним учреждением, в котором неизбежно соперничество (школы, службы по работе с подростками, суды).

Ребенок, родители, семья и особенности внешней среды выделяются только для того, чтобы рассмотреть расстройство поведения с более широкой точки зрения. В то же время это всестороннее обсуждение не передает остроты конкретных случаев из терапевтической практики. Мы приводим два кратких описания, позволяющих лучше передать содержание и ситуации, в которые встраивается расстройство поведения. Приводятся клинические описания случаев расстройства поведения у детей, направленных для лечения в детскую амбулаторную клинику (для детей в возрасте от трех до 14 лет).

Краткое описание двух случаев

Краткое описание 1: семейные ценности

В этом случае школа порекомендовала матери обратиться в нашу клинику по поводу частых драк ее сына и повторяющихся случаев пропуска занятий. Мать позвонила в нашу клинику и договорилась о встрече по поводу первичного обследования. Однако она не явилась в назначенное время и не позвонила, чтобы отменить или перенести встречу. Дома телефон не отвечал, поэтому в то время не удалось установить с ней какой-либо контакт. Примерно через четыре месяца она снова позвонила и условилась о повторной встрече. Через несколько дней она и ее десятилетний сын явились в клинику и прошли полное первичное обследование. Во время осмотра врач напомнил матери о ее звонке четыре месяца назад и отметил, что она поступила правильно, воспользовавшись второй возможностью и прийдя в клинику. Мать извинилась по поводу того, что предыдущая встреча не состоялась. Она заявила, что не могла прийти, так как «нарушила семейное правило». Врач, конечно же, поинтересовался, о каком правиле идет речь. Оказалось, что она и ее муж, как и многие их родственники, часто стреляют друг в друга (из огнестрельного оружия). Однако существует одно правило: никогда не стрелять в кого бы то ни было публично. Женщина нарушила это правило: некоторые соседи видели, как она выстрелила в мужа, поэтому ей пришлось провести три месяца в тюрьме. Сейчас, после освобождения, она готова к тому, чтобы ее сын прошел лечение.

Краткое описание 2: различные источники дисфункции и стресса

В другом наблюдаемом нами случае мать самостоятельно воспитывала двух сыновей (двухлетнего и четырехлетнего). Она обратилась за помощью в связи с тем, что ее старший сын проявлял относительно труднопреодолимое и неконтролируемое агрес-

сивное поведение: толкал, бил ногами и кусал младшего брата, причиняя ему сильную боль. На то время у нее была диагностирована депрессия, и она принимала соответствующие лекарственные препараты. В прошлом она уже предпринимала суицидальную попытку, и на момент приема у нее отмечался риск повторного суицида (высказывала суицидальные мысли). Ее сожитель — отец обоих детей, проживающий по соседству. Он звонит ей два раза в неделю, требуя, чтобы она пришла к нему, так как он хочет увидеть детей. Во время этих визитов он принуждает ее к тому, что она называет принудительным сексом (изнасилованием), на глазах у детей. В принципе женщина могла бы отказаться от визитов. Однако сожитель заявляет, что, если она откажется выполнять его требования, он перестанет платить причитающиеся ей на содержание детей деньги, выиграет тяжбу за право опекунства, покончит с собой или придет к ней домой и убьет ее вместе с детьми. Его угрозы она воспринимала всерьез, так как в прошлом он находился под арестом за нападение и угрожал пистолетом. Отец подкреплял страхи матери по поводу потери детей, заявляя, что оформит над ними опекунство через суд. Мать, уже проходившая курс психотерапии по поводу депрессии и высказывавшая суицидальные мысли, грозила прекратить это все только одним способом — выброситься вместе с детьми в пропасть. Наше участие в этом случае заключалось в лечении старшего ребенка и его агрессивного поведения.

Общие комментарии

Описанные выше случаи не являются чем-то исключительным в повседневной практике учреждений, занимающихся лечением детей с расстройством поведения и их семей, с чем легко могут согласиться другие практикующие клиницисты. Приведенные краткие описания подчеркивают ключевой момент, а именно то, что нередко нарушение функционирования ребенка встраивается в более широкий контекст, которым нельзя пренебречь как в концептуальном представлении о развитии, сохранении и течении расстройства поведения, так и при оказании эффективной лечебной помощи.

Расстройство поведения часто рассматривается как нарушение функционирования в детском и подростковом возрасте. Накопленные данные относительно совокупности симптомов, факторов риска и особенностей течения в детском и подростковом возрасте, а также в период зрелости подтверждают эвристическую ценность подхода, концентрирующегося на отдельном индивидууме. В то же время существует *гештальт* (целостная структура) ребенок–родитель–семья–контекст, включающий в себя разнообразные и взаимные воздействия, которые влияют как на каждого участника (ребенок и родитель), так и на системы, в которых они функционируют (семья, школа). Чтобы лечение было эффективным, оно должно быть направлено на разнообразные сферы.

Современные методы лечения

Обзор

По поводу расстройства поведения у детей применялись разнообразные методы лечения, включая психотерапию, фармакотерапию, психохирургию, использование программ, воздействующих на семейном, школьном и общинном уровне, лечение по

месту жительства и в стационаре, а также влияние через социальные службы (Brandt & Zlotnick, 1988; Brestan & Eyberg, 1998; Dumas, 1989; United States Congress, 1991). Из 550 описанных методов психотерапии, доступных для детей и подростков (Kazdin, 2000), подавляющее большинство не были изучены. Ни в одном из исследований, в которых они изучались, расстройство поведения и его длительное течение не обсуждались.

Возрастает интерес к определению методов лечения, которые имеют доказательства в свою пользу (Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy,1996). Для описания этих вмешательств, применяемых у взрослых (см. Chambless *et al.*, 1996; Рабочая группа по изучению развития и распространения психологических процедур, 1995) и у детей и подростков (Bennet-Johnson, 1996; Kazdin & Weisz, 1998; Lonigan *et al.*, 1998), использовались следующие термины: «обоснованное», «подтвержденное эмпирическими данными» и «основанное на доказательствах» вмешательство. Несмотря на то, что критерии варьировались, основные усилия были направлены на то, чтобы найти методы лечения, которые бы при изучении их в рандомизированных контролируемых исследованиях показали, что они вызывают изменения результатов в выборках пациентов, направленных в клинику. В обсуждение эмпирически подтвержденных методов лечения включены также такие критерии, как повторяющиеся в различных исследованиях результаты лечения и доказательства в пользу того, что результаты лечения устойчивы в течение определенного периода наблюдения после завершения лечения (Chambless & Hollon, 1998). Критерии, которые позволяют принять решение относительно того, является ли метод лечения эмпирически подтвержденным, поднимают много вопросов (например, должны ли некоторые показатели результатов лечения иметь большее значение по сравнению с другими; достаточно ли сравнений, проводимых сразу после завершения курса лечения, или следует учитывать результаты катамнестического исследования; сколько повторений необходимо, чтобы создать методику). И даже если метод лечения соответствует применяемым в настоящее время критериям, наша база знаний о механизме его действия и о том, кому оно поможет, незначительная (Kazdin, 1997). Тем не менее важно также учитывать контекст. Подавляющее большинство методов лечения, используемых в настоящее время, не оценивались эмпирически (Kazdin, 1988, 2000). Четыре описанных далее метода оказались эффективными в лечении расстройства поведения и в соответствии с приведенными выше критериями считаются одними из лучших.

Обучение родителей навыкам управления

Предпосылки и логическое обоснование

Обучение родителей навыкам управления предусматривает методы, с помощью которых родители учатся изменять поведение их ребенка в доме. Родители встречаются с терапевтом или инструктором, обучающим их специфическим процедурам, которые изменяют их взаимодействия с ребенком, способствуют просоциальному поведению и уменьшают проявления девиантного поведения. Тренинг основан на общепринятой точке зрения, что проблемное поведение непреднамеренно формируется и подкрепляется в семье вследствие дезадаптационных взаимодействий между родителем и ребенком. Агрессивному и антисоциальному поведению способствуют разнообразные аспекты взаимодействий между родителем и ребенком. Эти паттерны

включают в себя: прямое подкрепление девиантного поведения; часто и неэффективно используемое принуждение и суровое наказание; неумение контролировать поведение (Patterson, 1982; Patterson *et al.*, 1992).

Было бы заблуждением предполагать, что только родитель является виновником последствий своих взаимодействий с ребенком и только он ответственен за них. Влияние двунаправленное, так что ребенок со своей стороны также воздействует на родителя (Bell & Harper, 1977; Lytton, 1990). Действительно, в некоторых случаях дети совершают девиантные поступки, которые приводят к желаемому результату во взаимодействиях. Например, когда родители ведут себя непоследовательно и непредсказуемо (например, не уделяют внимания ребенку обычным способом), ребенок может совершать девиантные поступки (например, хныкать, швырять какими-нибудь предметами), которые повышают вероятность того, что родители отреагируют более предсказуемым способом (Wahler & Dumas, 1986). По-существу, непоследовательное и непрогнозируемое поведение родителей — один из факторов, отрицательно действующих на ребенка; прекращение действия этого фактора служит отрицательным подкреплением девиантного поведения ребенка. Однако одновременно это приводит и к усилению наказания ребенка родителями.

Среди многих видов взаимодействий больше всего внимания уделялось принуждению (Patterson *et al.*, 1992). Принуждение имеет отношение к девиантному поведению одного человека (например, ребенка), которое поощряется другим (например, кем-то из родителей). Агрессивные взаимодействия агрессивных детей и эскалация их дезорганизованного поведения могут непреднамеренно поощряться — отчасти за счет методов воспитания, поддерживающих агрессивное поведение. Некоторые исследования, включающие клинические и неклинические выборки, перекрестные (одномоментные) и лонгитудинальные (продольные) модели, а также рандомизированные контролируемые клинические испытания показали, что неправильные методы воспитания предсказывают девиантное поведение ребенка, а их изменение существенно влияет на функционирование ребенка (Dishon & Andrews, 1995; Dishon *et al.*, 1992; Forgath, 1991). В целом методы воспитания могут играть значимую роль в развитии и усугублении агрессивного и антисоциального поведения.

Общая цель обучения родителей навыкам управления заключается в том, чтобы изменить паттерны взаимного обмена между родителем и ребенком так, чтобы внутри семьи непосредственно подкреплялось и поддерживалось просоциальное, а не насильственное поведение. С этой целью необходимо разработать несколько разных методов воспитания: установление норм поведения, которым должен следовать ребенок; применение положительного подкрепления приемлемого поведения; использование умеренных форм наказания, чтобы пресечь поведение; умение идти на компромиссы и другие процедуры. Такие варианты поведения методично и последовательно совершенствуются во время сеансов, на которых терапевт формирует (развивает с помощью последовательной аппроксимации) навыки родителей. Программы, которые родители со временем выполняют в домашних условиях, служат также предметом пристального внимания во время сеансов, на которых эти процедуры модифицируются и совершенствуются.

Методы изменения поведения ребенка и родителя основаны на принципах и процедурах оперантного обусловливания. Оперантное обусловливание, тщательно исследованное B.F. Skinner в экспериментах на лабораторных животных, описывает и объяс-

няет, как может формироваться то или иное поведение и как на него могут влиять разнообразные стимулы и последствия. Начиная с конца 50-х — начала 60-х годов результаты этой работы используют во многих учреждениях (психиатрических стационарах, реабилитационных учреждениях, домах престарелых, в школах со специальным обучением и в обычных школах, в армии, в бизнесе и в индустрии) (Kazdin, 1978, 1994*a*). Результаты экспериментов неоднократно показывали, что людей (например, родителей, учителей, сверстников, персонал больниц и других учреждений), непосредственно контактирующих с другими людьми (например, с пациентами, студентами, обитателями каких-либо учреждений, заключенными), можно обучить тому, как влиять на последствия поведения и добиваться терапевтических изменений. На начальных этапах эти подходы применялись у детей при умственной отсталости, аутизме и специфических расстройствах в учреждениях закрытого типа или со специальным обучением. Многие процедуры в домашних условиях в основном сосредоточивались на повседневных заботах родителей, а не на клинической дисфункции или на различных нарушениях (например, приступы гнева, сосание большого пальца, пользование туалетом, выполнение домашнего задания, подчинение требованиям). Применение принципов оперантного обусловливания в домашних условиях, начавшееся в конце 60-х — начале 70-х годов (Hanf, 1969), стимулировало ученых проводить множество исследований, продолжающихся до настоящего времени.

Характеристики метода лечения

Несмотря на наличие многих вариантов обучения родителей навыкам управления, можно определить некоторые общие, свойственные им характеристики. Первоначально сеансы проводятся с родителем(ями), который затем применяет некоторые из усвоенных им навыков дома. Родители встречаются с терапевтом, обучающим их тому, как использовать специфические процедуры, которые могут изменить их взаимодействия с ребенком таким образом, что это будет способствовать просоциальному поведению и позволит ослабить девиантное. Родителей обучают по-новому выявлять, определять и наблюдать проявления проблемного поведения. Тщательное уточнение задачи имеет большое значение для того, чтобы можно было подкрепить или наказать за последствия, а также оценить, добивается ли программа намеченных целей. Терапевтические сеансы предоставляют родителям благоприятную возможность увидеть, как применяются те или иные техники, попрактиковаться в их использовании и усовершенствовании (например, через экстенсивные ролевые игры), а также проверить, как работают в домашних условиях программы, нацеленные на изменение поведения. В плановом порядке включены управляемые родителями программы подкрепления, направленные на формирование у детей умения держать себя, добиваться хороших результатов в школе, выполнять домашние задания, активно вести себя на спортивных площадках, при этом там, где это возможно, в качестве помощников можно привлекать учителей.

В большинстве программ обучения родителей навыкам управления участвует кто-то один из родителей (обычно это мать). Это связано с тем, что из-за графика работы родители очень часто не могут посещать терапевта одновременно, кроме того, среди детей с проблемным поведением отмечается высокий процент неполных семей (родителей-одиночек). Требование, чтобы оба родители посещали сеансы, не имеет существенного значения и не приводит к улучшенным результатам (Horton, 1984). Однако

этот вопрос не был тщательно исследован. Кроме того, участие обоих родителей, а не одного из них смешивается с многими другими факторами (например, конфликты между супругами, стресс, доход семьи), которые действительно способны влиять на клинический результат, о чем более подробно будет сказано позже. При проведении лечения обычно принимают специальные меры для того, чтобы интегрировать родителя, который не посещает терапевтические сеансы, в программы, реализуемые в домашних условиях.

Продолжительность лечения варьируется в зависимости от тяжести нарушений в функционировании ребенка. Программы для детей младшего возраста с умеренно выраженной оппозиционностью обычно длятся от шести до восьми недель. Для детей с расстройством поведения, направленных в клинику, продолжительность программы составляет от 12 до 25 недель. Обеспечить окончательно установленную, зафиксированную, требуемую продолжительность лечения сложно из-за двух конкурирующих тенденций. С одной стороны, стремление создать более короткие и более рентабельные варианты лечения (Thompson *et al.*, 1996), с другой — комбинировать обучение родителей навыкам управления с другими терапевтическими методами (комбинированный подход к лечению) (Webster-Stratton, 1996).

Обзор данных

Обучение родителей навыкам управления относится к числу наиболее исследованных терапевтических методов, который оценивался во множестве рандомизированных контролируемых испытаний по изучению результатов лечения у детей и подростков разного возраста (например, с двух до 17 лет) и с разной степенью тяжести проявлений оппозиционного поведения и расстройства поведения (Craziano & Diament, 1992; Kazdin, 1997*b*; Miller & Prinz, 1990; Patterson *et al.*, 1993; Serketich & Dumas, 1996). Действительно, как показали данные последнего обзора методов лечения расстройства поведения, обучение родителей навыкам управления признано единственным вмешательством, которое хорошо разработано, так как его эффективность была продемонстрирована в независимо повторенных контролируемых клинических испытаниях (Brestan & Eyberg, 1998). Многие исследователи внесли вклад в обширные публикации в пользу обучения родителей навыкам управления, однако некоторые исследовательские программы (например, Eyberg, университет штата Флорида, Forehand, университет штата Джорджия, Patterson, Научно-исследовательский центр социального обучения, штат Орегон; Webster-Stratton, университет штата Вашингтон) больше других углубились в разработку этого метода, изучая значение факторов, способствующих достижению изменений, оценивая отдаленные результаты и воспроизводя результаты на разнообразных выборках (Eyberg & Boggs, 1989; Forgatch, 1991; McMahon & Wells, 1989; Webster-Stratton, 1996). Исследования, в которых оценивались результаты лечения, позволяют сделать несколько выводов.

- По сообщениям родителей и учителей о девиантном поведении, по результатам прямого наблюдения дома и в школе, а также по регистрационным данным, зафиксированным разными учреждениями (прогулы занятий в школе, контакты с полицией, частота арестов, помещение в учреждение закрытого типа), обучение родителей навыкам управления привело к заметному улучшению поведения детей.

- Значимость изменений проявилась в том, что проблемные проявления расстройства поведения достигли доклинического уровня функционирования дома и в школе, определенного на основе нормативных данных у ненаправленных в клинику сверстников (например, того же возраста и пола).
- По данным некоторых исследований, терапевтический эффект поддерживался на протяжении одного-трех лет после завершения лечения, хотя в одной программе сообщалось о сохранении положительного результата спустя 10–14 лет (Long *et al.*, 1994).
- Внимание было направлено не только непосредственно на улучшение поведения ребенка, но и на проявления поведения сибсов дома, а также на психопатологию матери, особенно депрессию. Иногда лечение способствовало усилению сплоченности семьи и удовлетворенности супружескими отношениями, однако данные о подобных последствиях немногочисленные.

Много внимания уделялось определению семейных и родительских характеристик, которые вносили вклад в последствия. Социально-экономические затруднения семьи, разногласия между супругами, высокий уровень стресса у родителей и низкий уровень социальной поддержки, неполные семьи, суровые методы наказания, данные об антисоциальном поведении в анамнезе родителей предсказывали: 1) кто останется в лечении; 2) величину изменений у тех, кто завершил курс лечения; 3) в какой степени сохранятся терапевтические изменения во время катамнестического обследования (Dadds & McHugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995*a*; Webster-Stratton & Hammond, 1990). Семьи с наиболее высоким риском достаточно часто реагировали на лечение, однако эффект ослаблялся в зависимости от степени выраженности влияющих факторов. Из характеристик ребенка более тяжелое и стойкое антисоциальное поведение, а также коморбидность прогнозировали менее выраженную реакцию на лечение (Kazdin, 1995*a*; Ruma *et al.*, 1996).

Характеристики метода лечения также по-разному способствовали исходу. Широкое ознакомление родителей с принципами социального научения, а не просто обучение их той или иной технике улучшает результаты. Кроме того, использование умеренного наказания (например, короткого перерыва в подкреплении) наряду с программами подкрепления в домашних условиях также способствовало повышению терапевтического эффекта (Kazdin, 1985). На сегодняшний день это стандартные компоненты большинства программ обучения родителей навыкам управления. Чтобы установить, кто реагирует на лечение, были также исследованы процессы, происходящие внутри терапии. Показатели сопротивления родителей (например, когда родители говорят: «Я не могу...», «Я не буду...») коррелируют с дисциплинарными мерами в семье; изменения сопротивления в процессе терапии предсказывают изменения в поведении родителей. Более того, специфические ухищрения, используемые терапевтами во время сеансов (например, рефрейминг, конфронтация), помогут преодолеть сопротивление или могут усугубить его (Patterson & Chamberlain, 1994). Эта работа начинается для того, чтобы определить пути, которые позволят усовершенствовать применение метода обучения родителей навыкам управления.

В большинстве исследований, в которых оценивался результат лечения, метод обучения родителей навыкам управления применялся в клинических условиях отдельно для каждой семьи. Групповое применение в значительной степени облегчалось благодаря специально подготовленным видеоматериалам, в которых родителям детей с расстройством поведения представляли темы, принципы и процедуры обучения

(см. Webster-Stratton, 1996). Рандомизированные контролируемые испытания показали, что лечение, основанное на видеозаписях, особенно в групповом формате, и дополненное проводимыми терапевтом дискуссиями, давало клинически значимые изменения после курса лечения, которые сохранялись во время катамнестических исследований, проводившихся через год и через три года.

Применение метода обучения родителей навыкам управления было распространено на внебольничные условия, чтобы обеспечить лечением тех, кто вряд ли обратился бы за лечением или остался в нем. Обучение родителей навыкам управления эффективно и высокорентабельно, если проводится в небольших группах родителей по месту их проживания (Cunningham *et al.*, 1995; Thompson *et al.*, 1996). Иногда лечение по месту жительства оказывалось более эффективным, чем терапия в клинике. Конечно, пока неясно, может ли одна форма лечения заменить другую для всех детей. Тем не менее внебольничный подход позволит распространить лечение на те семьи, которые иначе не могли бы получить обычную психиатрическую помощь.

Общая оценка

По-видимому, никакая другая техника, применяемая по отношению к расстройству поведения, не изучалась так часто (в том числе и в контролируемых испытаниях) или так хорошо, как обучение родителей навыкам управления (Brestan & Eyberg, 1998). Данные о полученных результатах делают метод обучения родителей навыкам управления одним из наиболее многообещающих методов лечения. Эти результаты подтверждаются также исследованиями близких направлений. Во-первых, результаты изучения процессов внутрисемейных взаимодействий, которые способствуют антисоциальному поведению дома, и данные о том, что изменение этих процессов меняет поведение ребенка, создают мощную эмпирическую базу для этого метода лечения. Во-вторых, процедуры и практические приемы, используемые в обучении родителей навыкам управления (например, разнообразные формы подкрепления и методы наказания), широко и эффективно применялись вне контекста расстройства поведения. Они, например, также оказались полезными в работе с родителями детей, страдающих аутизмом, задержкой развития речи, органическими пороками развития, другими соматическими нарушениями, при которых требуется согласие на специальные методы лечения, а также с родителями, избивающими собственных детей или не заботящимися о них (Kazdin, 1994*b*). В-третьих, мы много знаем о процедурах и параметрах оказания помощи, которые влияют на эффективность методов подкрепления или наказания. Следовательно, по поводу изменения поведения можно дать очень конкретные рекомендации, а в случае, если этих изменений не удается добиться, такие же рекомендации полезны в отношении изменения самой программы.

Некоторые средства облегчают использование метода обучения родителей навыкам управления в клинической практике и в научных исследованиях. Так, клиницистам доступны лечебные руководства, в которых представлены структура, содержание и ход терапевтических сеансов Forehand & McMahon, 1981; Forgatch & Patterson, 1989; Patterson & Forgatch, 1987; Sanders & Dadds, 1993). Родители могут воспользоваться книгами и брошюрами (Forehand & Long, 1996; Patterson, 1976), в которых описаны базовые концепции и указано, как применять разнообразные техники. Ранее мы упоминали о видеозаписях, которые также помогут специалистам при проведении груп-

повых занятий по обучению родителей навыкам управления. Итак, специалистам, а также их клиентам доступны определенные учебные материалы.

Можно также выделить и некоторые ограничения. Во-первых, обучение родителей навыкам управления предъявляет определенные требования к родителям (например, необходимо усвоить образовательные материалы, в которых отражены главные принципы, лежащие в основе программы, систематически наблюдать за девиантным поведением детей и применять дома специфические процедуры, еженедельно посещать сеансы, отвечать на телефонные звонки терапевта. Для некоторых семей эти требования могут оказаться слишком высокими для того, чтобы участвовать в терапии. Интересно отметить, что в рамках метода некоторые процедуры (например, формирование поведения родителей посредством подкрепления) содержат руководящие указания относительно того, как добиваться согласия родителей и желаемого репертуара реакций в отношении их детей.

Во-вторых, вероятно, наиболее серьезным ограничением или препятствием в использовании метода обучения родителей навыкам управления является то, что у специалистов мало возможностей осилить этот методу. Маловероятно, что учебные программы по детской психиатрии, детской психологии и социальной работе будут демонстрировать эту технику, и еще менее вероятно, что будет проводиться формальное обучение. Метод обучения родителей навыкам управления требует совершенного владения принципами социального обучения и основанными на них разнообразными процедурами (Cooper *et al.*, 1987; Kazdin, 1994*a*). Например, применение подкрепления кем-то из родителей дома (чтобы изменить поведение ребенка) и терапевтом во время сеанса (чтобы изменить поведение родителя) требует больше, чем просто поверхностного ознакомления с принципом и параметрическими вариантами, предопределяющими его эффективность (например, необходимость незамедлительно и часто, в зависимости от обстоятельств, применять подкрепление, использовать разнообразные и высококачественные подкрепляющие стимулы, побуждать к действию, формировать его). Во время терапевтических сеансов эти необходимые навыки можно быстро сформировать, однако их нельзя считать тривиальными.

И наконец, применимость метода обучения родителей навыкам управления в отношении подростков не настолько ясна, как в отношении детей. Это вмешательство способствовало снижению показателей преступности среди делинквентных подростков (Bank *et al.*, 1991) и нарушений поведения в школе, а также злоупотребления психоактивными веществами в группе подростков с риском возникновения серьезных поведенческих расстройств (Dishion & Andrews, 1995). По данным исследования, проведенного Bank и коллегами (1991), эффективность лечения, по сравнению с интенсивной семейной психотерапией, групповой психотерапией и консультированием по вопросам химической зависимости, была умеренной по завершении курса лечения (по данным катамнестического исследования, проведенного через три года). Анализ других исследований подтверждает, что подростки хуже реагируют на обучение родителей навыкам управления, чем дети доподросткового возраста (Dishion & Patterson, 1992), однако такой эффект может объясняться тяжестью симптомов до начала лечения (Ruma *et al.*, 1996). Направленным на лечение подросткам свойственны более тяжелые симптомы и более выраженная стабильность нарушений, чем детям доподросткового возраста; после учета степени тяжести симптоматики возраст перестает влиять на показатели эффективности. В силу ограниченного применения метода обучения родителей навыкам управле-

ния в лечении подростков можно утверждать, что выводы о его эффективности справедливы главным образом в отношении детей доподросткового возраста.

Обучение когнитивным навыкам решения проблем

Предпосылки и логическое обоснование

Когнитивные процессы касаются широкого класса конструктов в отношении того, как индивид воспринимает окружающий его мир, кодирует и переживает воспринятое. Установлено, что у пациентов с проявлениями расстройства поведения, особенно с агрессивностью, наблюдаются искажение и недостаточность разнообразных когнитивных процессов. Эта недостаточность отражает не только интеллектуальную деятельность. Были изучены некоторые когнитивные процессы. Среди них: генерирование альтернативных решений межличностных проблем (например, разные способы регулирования социальных ситуаций); определение способов достижения поставленных целей (например, приобретение друзей) или результатов собственных действий (например, к чему может привести отдельный поступок); приписывание другим мотивов их поступков; восприятие эмоций других людей; ожидания результатов собственных действий (см. Pettit *et al.*, глава 11; Shirk, 1988; Spivack & Shure, 1982). Недостаточность и искажение этих процессов имеют отношение к оценкам девиантного поведения учителями, к оценкам сверстниками и к результатам прямой оценки открытого поведения (Lochman & Dodge, 1994; Rubin *et al.*, 1991).

Пример когнитивных процессов, вовлеченных в расстройство поведения, приведен в работе, посвященной изучению атрибуций и агрессивного поведения. Агрессия не провоцируется лишь происходящими внешними событиями, а скорее тем, как эти события воспринимаются и обрабатываются. К этим процессам относятся оценка ребенком ситуации, ожидаемых реакций других людей и внутренние утверждения в ответ на конкретные события. Приписывание (атрибуция) другим намерений представляет собой яркую когнитивную характеристику, очень важную для понимания агрессивного поведения. Агрессивные дети и подростки склонны приписывать другим враждебные намерения, особенно в социальных ситуациях, где сигналы действительных намерений неоднозначны (см. Crick & Dodge, 1994). Понятно, что, когда ситуация изначально расценивается как враждебная, ребенок, вероятнее всего, будет реагировать агрессивно. Во многих исследованиях выявлено, что у детей с расстройством поведения возникают разнообразные искажения и недостаточность когнитивного функционирования, однако конкретный вклад этих процессов в развитие расстройства поведения не установлен, в противоположность факторам риска, с которыми они могут ассоциироваться (например, неблагоприятные жизненные условия, низкий коэффициент интеллекта). Тем не менее исследование когнитивных процессов у агрессивных детей служит эвристической основой для концептуализации метода лечения и разработки специфических терапевтических методов.

Характеристики метода

Формирование навыков решения проблем — это развитие когнитивных навыков решения межличностных проблем. Несмотря на то, что в лечении детей с расстрой-

ством поведения применялись разнообразные варианты формирования навыков решения проблем, все они имеют некоторые общие характеристики. Во-первых, акцент делается на том, как дети подходят к ситуациям, т. е. какие мыслительные процессы управляют реакциями на межличностные ситуации. Детей обучают пошаговому подходу к решению межличностных проблем. Они составляют формулировки для себя, направляющие внимание на определенные аспекты проблемы или задачи, которые приводят к принятию эффективных решений. Во-вторых, большое значение имеют формы поведения (решения), которые они выбирают в межличностных ситуациях. В процессе решения проблем поощряются просоциальные формы поведения путем моделирования и прямого подкрепления. В-третьих, при проведении лечения используют структурированные задачи, включая игры, учебные занятия и рассказы. В ходе курса терапии когнитивные навыки все шире применяются в реальных жизненных ситуациях. В-четвертых, терапевты обычно играют активную роль в лечении. Они моделируют когнитивные процессы, озвучивая собственные утверждения и мысли, используют последовательность утверждений применительно к конкретным проблемам, подают сигналы, побуждая использовать навыки, предоставляют обратную связь, хвалят, чтобы обеспечить правильное применение навыков. И наконец, в лечении обычно комбинируют несколько разных методов, включая моделирование и тренировку, ролевые игры, подкрепление и умеренное наказание (потеря очков или лишение жетонов). Эти процедуры применяются методично, для того чтобы постепенно формировать у ребенка все более широкий репертуар реакций.

Обзор данных

Проведено несколько исследований по изучению результатов у детей и подростков импульсивных, агрессивных, а также с расстройством поведения (см. обзор Baer & Nietzel, 1991; Durlak *et al.*, 1991). Когнитивные методы терапии в значительной степени снижают уровень агрессивного и антисоциального поведения дома, в школе и по месту жительства. Как показали данные катамнестического исследования, такая эффективность явно сохранялась в течение года после лечения. Многие ранние исследования в этой области (например, в 1970–80-е годы) концентрировали внимание на выборках импульсивных детей и непациентов. С тех пор было проведено несколько исследований, которые продемонстрировали терапевтический эффект в амбулаторных и стационарных случаях (Kazdin, 1993; Kendall, 1991; Pepler & Rubin, 1991).

Получены лишь скудные данные о факторах (ребенок, родители, семья, окружение ребенка), которые влияют на результат лечения. Данные свидетельствуют о том, что старшие дети (старше 10–11 лет) получают больше пользы от лечения, чем младшие, что, по-видимому, объясняется уровнем их когнитивного развития (Durlak *et al.*, 1991). Однако причины разного реагирования на лечение как функции возраста не были достаточно хорошо исследованы. Дети с расстройством поведения и сопутствующим расстройством, с отставанием в учебе и нарушением функционирования, с более низкими достижениями в чтении, а также выходцы из семей с выраженными нарушениями (психопатология родителей, стресс и семейная дисфункция) хуже поддаются лечению, чем дети с менее выраженным нарушением функционирования в указанных сферах (Kazdin, 1995*a*). Тем не менее именно эти характеристики детей, их родителей и семьи в целом могут влиять на эффективность разных методов лечения детей с расстройством пове-

дения, а не само формирование навыков решения проблем в частности. Чтобы оценить факторы, которые усиливают реагирование на лечение, необходимо больше работать в этом направлении.

Общая оценка

Установлено несколько характеристик метода формирования навыков решения проблем, которые делают его перспективным. В нескольких контролируемых исследованиях по изучению клинических выборок, было показано, что когнитивные техники приводят к терапевтическим изменениям. Фундаментальные исследования в области психологии развития продолжают тщательно прорабатывать связь дезадаптивных когнитивных процессов (среди детей и подростков с поведенческими проблемами), которые служат базисом лечения (Crick & Dodge, 1994; Shrick, 1988). Преимущество этого подхода состоит в том, что различные варианты лечения доступны в виде руководств (Feindler & Ecton, 1986; Finch *et al.*, 1993; Shure, 1992). Следовательно, этот метод лечения можно оценивать в исследовании и испытывать в клинической практике.

Остаются некоторые важные вопросы, которые требуют дальнейшего исследования. В первую очередь это роль когнитивных процессов в клинической дисфункции. Полученные доказательства не вполне ясно демонстрируют, что детям с расстройством поведения в большинстве случаев более характерны специфические паттерны когнитивных процессов, а не адаптационные или экстернализованные проблемы. Кроме того, полученные данные показывают, что когнитивные процессы меняются во время лечения, однако нет доказательств, что именно эти изменения опосредуют или ответственны за улучшение результатов терапии. Так, еще не установлена основа для терапевтических изменений. Хотя центральные вопросы лечения и его результатов еще предстоит решить, на основании данных нескольких контролируемых исследований по изучению результатов у детей с расстройством поведения можно утверждать, что метод формирования навыков решения проблем многообещающий.

Функциональная семейная психотерапия

Предпосылки и логическое обоснование

Функциональная семейная психотерапия отражает интегрированный подход к лечению, основанный на системном, поведенческом и когнитивном взглядах на нарушение функционирования (Alexander *et al.*, 1994; Alexander & Parsons, 1982). Клинические проблемы концептуализируются с позиции функций, которые они выполняют в семье как в системе, а также для отдельных ее членов. Предполагается, что явное проблемное поведение ребенка — единственный способ удовлетворять некоторые потребности в межличностных отношениях (например, близость, почтительное уважение, поддержка) среди членов семьи. Принято считать, что более прямым возможностям удовлетворения этих функций препятствуют происходящие внутри семьи дезадаптивные процессы. Цель лечения — изменить паттерны взаимодействия и коммуникации так, чтобы стимулировать более адаптивное функционирование. Лечение также основывается на теории научения и концентрирует внимание на специфических стимулах и реакциях, которые могут быть использованы для достижения изменений. Кроме того,

учитываются общие понятия и процедуры социального научения, например идентификация специфических вариантов поведения, для того чтобы в дальнейшем изменить их и подкрепить новые адаптивные способы реагирования, а также эмпирическая оценка и отслеживание изменений. К когнитивным процессам относятся атрибуции, установки, допущения, ожидания и эмоции членов семьи. Члены семьи могут начать лечение с атрибуций, которые сфокусированы на обвинении других или себя. Основой для формирования новых способов поведения могут стать новые взгляды.

В обосновании метода акцент делается на системном семейном подходе. Психотерапевтические методы разработаны с учетом результатов исследований, лежащих в основе обучения родителей навыкам управления, которые касаются описанных выше дезадаптивных и навязанных взаимодействий между родителями и детьми. Функциональная семейная психотерапия рассматривает паттерны взаимодействия с точки зрения более широких систем, при которой также сосредоточиваются на паттернах коммуникации и их значении. Как иллюстрация четких конструктов результаты исследований по изучению функциональной семейной психотерапии показали, что члены семей детей с делинквентным поведением гораздо чаще демонстрируют механизмы психологической защиты в общении (во взаимодействиях «родитель–ребенок» и «родитель–родитель»), обвинения и отрицательные атрибуции, а также более низкий уровень взаимной поддержки по сравнению с семьями неделинквентов (см. Alexander & Parsons, 1982). Улучшение этих функций коммуникации и поддержки — цель этого метода лечения.

Характеристики метода

Функциональная семейная психотерапия требует, чтобы семья рассматривала клиническую проблему с позиции функций отношений, которым она служит внутри семьи. Терапевт указывает на взаимозависимость и сопряженность между членами семьи в их повседневном функционировании, с особым акцентом на проблеме, послужившей основанием для обращения за помощью. С того момента как семья начинает понимать альтернативные способы оценки проблемы, усиливается стремление взаимодействовать более конструктивно.

Цель данного метода — усилить взаимодействие и положительное подкрепление между членами семьи, установить свободное общение, помочь точно определить, какие варианты поведения члены семьи ожидают друг от друга, конструктивно обсудить и помочь определить способы решения межличностных проблем. Во время терапии члены семьи определяют, на какие поступки других они рассчитывают. Ответы включаются в систему подкреплений в домашних условиях в обмен на привилегии, для того чтобы способствовать адаптивному поведению. Однако во время сеансов психотерапии основное внимание сосредоточено на том, изменяются ли непосредственно стереотипы коммуникации семьи. Во время сеансов терапевт предоставляет социальное подкрепление (вербальная и невербальная похвала) тех коммуникаций, которые предлагают решения проблем, проясняют их или предлагают обратную связь.

Обзор данных

Проведено сравнительно мало исследователей по оценке эффективности функциональной семейной психотерапии (см. Alexander *et al.*, 1994). В доступных исследовани-

ях основное внимание уделяли популяциям, плохо поддающимся лечению (например, осужденные делинквенты подросткового возраста, подростки, совершившие несколько преступлений), и получили относительно четкие результаты. Результаты сравнения в контролируемом исследовании показали, что после курса функциональной семейной психотерапии произошли более выраженные изменения, чем при использовании других терапевтических техник (например, клиент-центрированная семейная групповая терапия, психодинамически-ориентированная семейная терапия) и разнообразных методов в контрольных группах (например, групповые дискуссии и выражение чувств, нелечебные контрольные группы). Преимущество данного метода проявилось в улучшении внутрисемейных коммуникаций и более низкой частоте направления в суды или контактов молодых людей с ними. Кроме того, положительный эффект оставался очевидным в течение 2,5 лет после лечения (по данным отдельных исследований).

Чтобы определить, какие действия терапевта во время сеансов и как влияют на способность членов семей реагировать на лечение, в одном из исследований изучали процессы, происходящие во время терапии (Alexander *et al.*, 1976; Newberry *et al.*, 1991). Например, поддержка и структурирование, а также рефрейминг (переработка атрибуций и оснований для проблемы) могут влиять на способность реагировать и на обвинение других. Зависимость между такими переменными сложная, поскольку влияние разных типов утверждений (например, поддерживающих) может варьироваться как функция пола терапевта и члена семьи. Предполагается, что данные об изменении процессов (например, улучшение коммуникации во время лечения, более спонтанные дискуссии), очень важных для функциональной семейной психотерапии, подтверждают концептуальное представление об этом методе лечения.

Общая оценка

Можно сделать несколько заслуживающих внимания замечаний относительно функциональной семейной психотерапии. Во-первых, исследования по изучению ее эффективности указывают на то, что она может изменять проблемное поведение у делинквентных подростков. В нескольких исследованиях получены согласующиеся результаты. Во-вторых, оценка процессов, улучшающих отзывчивость во время сеансов, равно как и результатов лечения, указывает на направление работы, редко встречающееся среди терапевтических техник для детей и подростков. Кое-что из этой процессуальной работы расширено до лабораторных (аналоговых) исследований, чтобы более точно изучить, как специфические типы формулировок терапевтов (например, рефрейминг) могут смягчить обвинения среди членов группы (Morris *et al.*, 1991). В-третьих, для облегчения последующей оценки и расширения метода лечения разработано руководство по психотерапии (Alexander & Parsons, 1982).

Целесообразно провести дополнительную работу по распространению функциональной семейной психотерапии на детей и на клинические популяции, в дополнение к нынешнему использованию этого метода для делинквентных подростков. Следующим логическим шагом существующей программы исследований могла бы быть также дальнейшая работа над характеристиками детей, родителей и семей в целом, которые опосредуют результат лечения. И наконец, первооткрыватели этого метода лечения первоначально выполнили немного исследований. Поэтому важно, чтобы другие ученые повторили их для детальной разработки этой техники.

Мультисистемная терапия

Предпосылки и логическое обоснование

Мультисистемная терапия представляет собой системный семейный подход к лечению (Henggeler & Borduin, 1990; Henggeler *et al.*, 1998). При семейном подходе предполагается, что клинические проблемы ребенка возникают в контексте семьи, а поэтому главное внимание в лечении сосредоточивают на этом уровне. Мультисистемная терапия расширяет эту точку зрения и рассматривает семью как всего лишь одну (хотя и очень важную) из многих систем. Ребенок «встроен» в ряд систем, включая семью (ближайшие и дальние члены семьи), сверстников, школу и район проживания. Например, в контексте семьи любой — не выражаемый словами — союз между одним из родителей и ребенком может способствовать разногласиям и конфликту по поводу дисциплины. В таком случае, чтобы изменить поведение ребенка, лечение должно быть направлено на такой союз и источники конфликта. Функционирование ребенка в школе также может сопровождаться ограниченными и плохими отношениями со сверстниками; тогда лечение можно направить и на эти сферы. И наконец, при системном подходе уделяется внимание собственно поведению индивида в той степени, в какой оно влияет на других людей. Лечение может также предусматривать индивидуальное лечение ребенка или родителей.

Поскольку в лечении внимание уделяется разнообразным влияниям, в нем используется много разных терапевтических техник. Таким образом, мультисистемную терапию можно рассматривать как пакет вмешательств, применяемых по отношению к детям и их семьям. Терапевтические процедуры используются по принципу «сколько нужно», т. е. усилия направляются на те индивидуальные, семейные и системные проблемы, провоцирующие проблемное поведение. Концептуальная позиция, которая концентрирует внимание на разных системах и их влиянии на индивида, служит основой для выбора нескольких достаточно разных терапевтических процедур.

Характеристики метода

Семейный подход к лечению занимает центральное место в мультисистемной терапии. Чтобы определить проблему, улучшить коммуникацию, сформировать более сплоченные взаимоотношения и изменить привычный способ реагирования членов семьи, используют несколько терапевтических техник (например, сплачивание, рефрейминг, принятие, парадокс, специфические задания). Цели лечения следующие: помочь родителям сформировать поведение подростка; преодолеть трудности в отношениях супругов, которые мешают им функционировать в качестве родителей; устранить отрицательные взаимодействия между родителями и подростком; сформировать или построить сплоченные и эмоционально теплые отношения между членами семьи.

Мультисистемная терапия заимствует много других техник, когда возникает необходимость рассматривать проблемы на индивидуальном, семейном и несемейном уровнях. Яркий пример — использование в лечении методов обучения родителей навыкам решения проблем, навыкам управления и супружеской терапии. Цель их применения — изменить репертуар реакций подростка, взаимодействий «родитель–ребенок» дома и стиль общения между супругами соответственно. В некоторых случаях лечение заключается в том, чтобы помочь родителям определить сферы, давая практические советы и

рекомендации (например, вовлекать подростков в совместные со сверстниками просоциальные занятия в школе, ограничивая конкретные виды занятий в группе девиантных сверстников). Мультисистемная терапия включает в себя разные техники из других методов, однако это не простое смешение их. Метод нацелен на взаимосвязанные системы и на особенности их влияния друг на друга. Лечение может быть направлено на определенные сферы (например, безработица родителей), если они создают проблемы для одной или более систем (например, стресс у родителей, злоупотребление алкоголем) и влияют на функционирование ребенка (например, конфликты между супругами, дисциплинарные меры).

Обзор данных

Мультисистемная терапия оценивалась в нескольких исследованиях по изучению результатов преимущественно у делинквентных подростков, в прошлом подвергавшихся арестам и лишению свободы по поводу насильственных преступлений (например, непредумышленное убийство, нападение с применением физического насилия с намерением убить). Мультисистемная терапия способствовала значительному снижению уровня делинквентности, редуцированию эмоциональных и поведенческих нарушений, а также улучшению качества функционирования в семье по сравнению с другими методами, включая работу «обычных служб» с подростками (например, условное освобождение на поруки; контролируемые, по решению суда, действия, например посещение школы), индивидуальное консультирование и эклектические меры воздействия на правонарушителей силами общины (например, Borduin *et al.*, 1995; Henggeler *et al.*, 1986, 1992, 1998). Катамнестические исследования, проводившиеся через два, четыре и пять лет после лечения в разрозненных выборках, показали, что среди подростков, прошедших мультисистемную терапию, случаи арестов отмечались реже, чем среди тех, кому оказывались другие виды помощи (Henggeler, 1994).

Метод влияет на основные процессы, которые, по-видимому, способствуют девиантному поведению (Mann *et al.*, 1990). В частности, родители и подростки демонстрируют ослабление коалиций (например, меньше вербальной активности, конфликтов и враждебности) и усиление поддержки, а у родителей вербальное общение становится все более интенсивным и конфликты возникают реже. Более того, ослабление симптомов у подростков положительно коррелирует с усилением поддержки и сокращением частоты конфликтов между отцом и матерью. Эта работа демонстрирует важную связь между теоретическим обоснованием метода и результатами лечения.

Данные о мультисистемной терапии свидетельствуют об определенных сильных сторонах этого метода. Сосредоточенность на детях с серьезными нарушениями (делинквентные подростки с арестами в анамнезе) позволяет строго оценить эффективность метода лечения. Результаты лечения были воспроизведены у подростков с разными типами нарушений (например, сексуальные правонарушения, употребление психоактивных веществ), а также среди родителей, которые избивали детей или игнорировали их (Borduin *et al.*, 1990; Brunk *et al.*, 1987). Также получены результаты более длительного катамнестического исследования (через пять лет после завершения лечения), чем для большинства других методов лечения. К тому же оценка результатов включала социально важные показатели эффективности (например, регистрации арестов, повторные случаи помещения в учреждения закрытого типа). Еще одной сильной сторо-

ной является концептуализация поведенческих расстройств как многоуровневых нарушений, главным образом функционирования индивидуальной, семейной и внесемейной систем и происходящих между ними трансакций. Фактически у подростков с поведенческими расстройствами нарушается функционирование на разных уровнях, включая индивидуальный репертуар, семейные взаимодействия и внесемейные системы (например, сверстники, школа, работа у старших подростков). Мультисистемная терапия, прежде всего, предусматривает, что, вероятно, многие и разные сферы имеют существенное значение, поэтому их следует оценивать и по мере необходимости подвергать терапевтическому воздействию.

Несколько вопросов или проблем, касающихся этого подхода, заслуживают особого внимания. Во-первых, нужно точно определить, какие именно техники должны быть включены в методику, а какие нет. Во-вторых, не до конца ясен процесс принятия решения относительно того, какой метод лечения использовать в каждом отдельном случае. Методические рекомендации, имеющиеся в настоящее время в распоряжении терапевтов, носят общий характер (сконцентрировать внимание на достижении положительных последствий различных действий между системами, например между родителем и подростком) (Henggeler, 1994). Учитывая присущие каждому, даже подготовленному, специалисту ограничения в принятии и восприятии решений, очень трудно осуществлять необходимые вмешательства без последовательного способа оценки того, что же необходимо. В-третьих, применение мультисистемной терапии требует (объясняя необходимостью) высококачественно проводить несколько разных вмешательств. Применять каждый метод лечения (например, обучение родителей навыкам управления, а также навыкам решения проблем) в отдельности сложно; комбинированный же подход влечет за собой дополнительные проблемы, обусловленные одновременным использованием высококачественных, эффективных и интегрированных методов.

Общая оценка

Результаты мультисистемной терапии были многократно повторены в разных условиях, с разными терапевтами и проблемами (Henggeler *et al.*, 1995, 1998). Это свидетельствует о том, что сам подход и методы принятия решения могут быть расширены, а терапевтические эффекты надежны. Повторенные результаты были получены одной и той же группой исследователей. Поэтому следующий логический шаг — воспроизведение результатов другими (не вовлеченными в разработку программы) учеными. Метод уже имеет убедительные доказательства в пользу его эффективности и подвергается дальнейшим исследованиям. Главная проблема — выяснить, какие компоненты терапии применять к каким пациентам, как принимать решение, а также определить, можно ли эти правила надежно применить в разных условиях и с разными исследователями. Эти вопросы не могут умалить значение предоставленных многообещающих доказательств и устойчивость результатов.

Комментарии к текущим данным

Выделенные четыре вмешательства являются наиболее признанными из числа используемых в лечении расстройства поведения. В пользу каждого из них были прове-

дены контролируемые испытания с неоднократным воспроизведением терапевтического эффекта. Результаты также оценивались в катамнестических исследованиях (минимум через год, а чаще всего и дольше) после завершения курса лечения. Кроме того, техники были оценены в работе с детьми, чье агрессивное и антисоциальное поведение привело к серьезным нарушениям и их пришлось направить в социальные службы (например, клиники, суды). В общем контексте исследований, посвященных детской и подростковой психотерапии, эти характеристики являются заметными исключениями (Durlak *et al.*, 1995; Kazdin *et al.*, 1990*a*).

Можно провести различия между отдельными техниками и в дальнейшем прокомментировать их применение. Наиболее разработанным считается метод обучения родителей навыкам управления. Отчасти это обусловлено масштабами исследований, оценивающих результаты, а также исследованиями, которые лежат в основе применения метода (например, роль методов воспитания, используемых родителями, в формировании антисоциального поведения ребенка). К тому же психотерапевтические техники основываются на принципах и процедурах оперантного обусловливания, эффекты которого хорошо изучены как в экспериментальных, так и в прикладных условиях. Хуже всего на сегодняшний день изучена функциональная семейная психотерапия. В публикациях по-прежнему много внимания уделяется обучению родителей навыкам решения проблем и мультисистемной терапии.

Выделение четырех перспективных методов лечения поднимет очевидные вопросы, главным образом, в отношении того, какой из них наиболее эффективен, а также когда и по отношению к кому должен быть сделан выбор. В настоящее время нельзя дать обоснованные ответы на эти вопросы по трем причинам: (1) пока нет сообщений о сравнительных исследованиях, в которых бы сопоставили два или более вышеназванных метода; (2) выборки и процедуры их набора варьировались в широких пределах среди этих четырех методов; (3) в нашем распоряжении мало данных о модераторах, которые могли бы определить, какой из методов действует и в отношении каких пациентов. Можно дать некоторые предварительные рекомендации. Обучение родителей навыкам управления, вероятно, предпочтительнее для детей доподросткового возраста, поскольку некоторые данные свидетельствуют о том, что этот метод особенно эффективен именно в этой возрастной группе. Мультисистемная терапия и функциональная семейная психотерапия применялись по отношению к старшим детям, т. е. к делинквентным подросткам, следовательно, их можно считать методами выбора для этой группы. Вместо того чтобы на основе очень слабых доказательств утверждать, какой именно из четырех методов лечения применять в каждой конкретной ситуации, по-видимому, следует выделить одно совершенно избирательное действие. До сих пор неясно, когда применять другие методы лечения, не вошедшие в приведенный нами перечень перспективных подходов. По-прежнему в клинической практике широко используются индивидуальное и общее семейное консультирование, терапия отношений и психодинамические методы, хотя ни один из них, по имеющимся данным, даже не приближается к эмпирически обоснованному методу.

За исключением мультисистемной терапии, дискуссия развернулась вокруг одномодальных методов. Как отмечено в начале этой главы, дети с поведенческими расстройствами и их семьи часто обращаются по поводу разнообразных проблем. Метода, построенного на одном подходе, хотя в какой-то степени и эффективного, вероятнее всего, недостаточно. Поэтому усилия были направлены на то, чтобы разнообразить метод ле-

чения или комбинировать его с другими процедурами. Одним из вариантов обучения родителей навыкам управления было проведение дополнительных сеансов, направленных на семейные и родительские стрессоры и конфликты, которые часто ассоциировались с нарушениями поведения. Обучение родителей навыкам управления, дополненное такими сеансами, сопровождалось более редкими случаями досрочного прекращения лечения, лучшими клиническими результатами у детей и улучшенными показателями положительной коммуникации и сотрудничества между родителями (Dadds *et al.*, 1987; Griest *et al.*, 1982; Prinz & Miller, 1994; Webster-Stratton, 1994). Обучение родителей навыкам управления также комбинировали с обучением родителей навыкам решения проблем; полученные данные свидетельствуют о том, что эта комбинация была более эффективной, чем отдельно обучение родителей навыкам управления, хотя количество таких исследований невелико (Kazdin *et al.*, 1992; Webster-Stratton, 1996).

Комбинированные методы обычно рассматриваются как очевидная стратегия в лечении поведенческих расстройств. Тем не менее есть основания крайне осторожно относиться к комбинации методов. Во-первых, комбинированные методы не всегда приводят к положительному или нейтральному результату. В одном исследовании обучение родителей навыкам управления дополнялось групповой терапией подростков, что ухудшило результаты во время катамнестического обследования по сравнению с результатами, достигнутыми при использовании только метода обучения родителей навыкам управления (Dishion & Andrews, 1995). Ухудшение результатов, по-видимому, обусловлено влиянием сверстников (например, вовлечение в употребление психоактивных веществ), которое облегчается в таких группах. Во-вторых, комбинированные методы часто состоят из упрощенных версий методов, составляющих комбинацию. Другими словами, два метода ужимаются до пределов (например, количество сессий, недели или месяцы лечения), которые при других обстоятельствах используются для одного метода. Если продолжительность лечения не увеличивается настолько, чтобы обеспечить полный режим отдельных методов, существуют априорные основания для беспокойства по поводу того, к чему может привести комбинированный вариант лечения. Наконец, мы знаем, что многие подростки могут извлечь пользу из одномодального метода, например обучения родителей навыкам управления или навыкам решения проблем, даже если для большинства может быть предпочтительнее комбинация. Важно определить, кому принесет пользу одномодальный метод лечения, а кто нуждается в комбинированном подходе (Kazdin, 1996*a*). Последний подход более дорогостоящий, и нет необходимости использовать его в тех случаях, когда он не приведет к значительному повышению эффективности терапии.

Ограничения доказательств

Оценка результатов в разных сферах

Хотя описанные нами методы лечения и приводят к значительному улучшению, они также содержат ограничения, на которые стоит обратить внимание. Существенной проблемой исследования любого метода лечения и, конечно же, детской психотерапии очень часто представляется способ оценки результатов. В большинстве исследований по изучению эффективности психотерапии у детей в фокусе оценки результатов нахо-

дятся исключительно симптомы у ребенка (Kazdin *et al.*, 1990*a*). Ясно, что редуцирование «ядерных» симптомов расстройства поведения имеет существенное значение. Поскольку у большинства направленных в клинику детей часто отмечаются сопутствующие расстройства, важно продемонстрировать редуцирование широкого диапазона симптомов. Даже при таких условиях другие сферы, такие как просоциальное поведение и успеваемость в школе, вероятно, также имеют большое значение. В действительности они могут иметь отношение как к текущей, так и к долгосрочной адаптации (Asher & Coie, 1990).

Вероятно, наибольшим недочетом в оценке эффективности лечения является отсутствие внимания к уровню нарушения, т. е. к тому, насколько нарушено функционирование индивида в повседневной жизни. У детей и подростков соответствие ролевым требованиям дома и в школе, просоциальное и адаптивное взаимодействие с другими и ограничения в условиях, ситуациях и событиях, в которых они могут функционировать, значительно варьируются среди детей с определенным расстройством или проблемой. Нарушение, имеющее отношение к симптомам или критериям расстройства, но отличающееся от них (Sanford *et al.*, 1992), значимо повышает вероятность того, что ребенок будет направлен в психиатрическое учреждение (Bird *et al.*, 1990). Важен с точки зрения лечения вопрос, в какой степени функционирование было нарушено изначально и затем улучшилось в результате терапии. Определение степени нарушения и движение индивидов в сторону ее уменьшения может быть огромным достижением лечения. Выделяя нарушение, я не имею в виду, что один критерий (степень нарушения) должен заменить другой (симптомы). Как раз наоборот, для разработки и определения эффективных методов лечения важное значение имеет широкий диапазон критериев результата.

Кроме функционирования ребенка, существенным может быть функционирование родителей и семьи в целом. У родителей и членов семей детей с расстройством поведения часто наблюдаются различные нарушения функционирования (например, психические нарушения или супружеские конфликты). К тому же проблемные формы поведения ребенка нередко выступают частью динамических, комплексных и взаимных влияний, воздействующих на все взаимоотношения в доме. Следовательно, функционирование родителя и семьи, а также качество жизни ее членов являются значимыми последствиями и могут быть подходящими целями для терапии.

В общем при оценке метода лечения интересны многие результаты. Из проведенных исследований мы уже знаем, что выводы, сделанные о том или ином методе, могут варьироваться в зависимости от критерия оценки результатов. В пределах заданного исследования один набор показателей (например, функционирование ребенка) может не показать различий между двумя методами лечения, однако другой показатель (например, функционирование семьи) может показать, что один метод несомненно лучше, чем другой (Kazdin *et al.*, 1989, 1992; Szapocznik *et al.*, 1989). Таким образом, изучая разные результаты, мы должны быть готовы к разным выводам, к которым могут привести эти результаты.

Значимость и стойкость терапевтических изменений

При применении перспективных методов терапии наступают изменения, но действительно ли происходят изменения в жизни у пролечившихся детей? Клиническая зна-

чимость касается практической ценности или важности результата вмешательства, т. е. приводит ли оно к какому-либо «реальному» различию для пациента или для других людей, с которыми он взаимодействует (Kazdin, 1998)? Клиническая значимость имеет большое значение, так как вполне возможно, что терапевтический эффект будет статистически значимым, но не будет влиять на большинство или на какие-либо случаи настолько, что позволит улучшить адаптацию и функционирование в повседневной жизни.

О клинической значимости можно судить по таким показателям: (а) в какой степени изначально девиантный ребенок возвращается к нормативному функционированию по стандартизированным показателям и возвращается ли; (б) величине изменений, достигнутых у индивидов за период от начала до окончания лечения, в единицах стандартного отклонения по показателям результата; (в) соответствует ли клиническая картина у ребенка диагностическим критериям в конце лечения; (г) считают ли другие люди, контактирующие с клиентом, что достигнуты различия, которые можно признать важными или очевидными; (д) изменениям в показателях, имеющих явный социальный интерес (например, арест, прогулы школьных занятий, повторная госпитализация) (Kazdin, 1998). Чаще всего рассматривают, в какой степени ребенок функционирует на нормативном уровне в конце лечения (например, по сравнению с нормально функционирующими детьми того же возраста и пола). Это особенно полезно в качестве критерия по отношению к детям и подросткам, поскольку базовые уровни эмоциональных и поведенческих проблем могут существенно варьироваться в зависимости от возраста. Перспективные методы лечения время от времени демонстрировали, что лечение возвращает индивидов на нормативный уровень в отношении поведенческих проблем и просоциального функционирования дома и в школе. Однако в большинстве исследований клиническую значимость не выбирали в качестве критерия эффективности (Kazdin *et al.*, 1990*a*).

Хотя цель лечения заключается в том, чтобы достичь клинически значимых изменений, другие менее существенные цели нельзя назвать второстепенными. У многих детей с расстройством поведения могут обостряться симптомы, появляться сопутствующие расстройства (например, злоупотребление психоактивными веществами, депрессия), может усиливаться нарушение функционирования семьи. К тому же такие дети относятся к группе риска по ранним подростковым бракам, преждевременному прекращению учебы в школе, побегам. Если бы лечение достигало стабильности симптомов и в семейной жизни, а также предотвращало или ограничивало будущее нарушение функционирования, это было бы существенным достижением. Обоснованная оценка имеет решающее значение для терапевтической инициативы, поэтому необходимо определить, приводит ли лечение к изменениям, поскольку «привести к изменениям» может иметь разный смысл, важный в лечении расстройства поведения.

В дополнение к величине изменений существенным остается вопрос о стойкости изменений. Перспективные методы оценивались в катамнестических исследованиях, обычно через год после лечения. Поскольку отдаленный прогноз при расстройстве поведения неблагоприятный, важно определить, имеет ли лечение продолжительный эффект. Необходимы более длительные катамнестические наблюдения, чем те, которыми мы располагаем в настоящее время. Данные катамнестических исследований очень важны, отчасти потому, что выводы об эффективности разных методов лечения могут значительно варьироваться в зависимости от времени проведения оценки (Kolvin

et al., 1981; Mayers *et al.*, 1996; Newman *et al.*, 1977). Таким образом, если непосредственно в момент завершения лечения две техники одинаково эффективны, то в последующий период изменения могут протекать совершенно по-разному. Требовать, чтобы все испытания различных методов лечения сопровождались катамнестическими исследованиями, нереально. Вместо этого можно собирать данные при случае дважды или несколько раз после лечения (например, каждые несколько месяцев), чтобы определить результат или течение изменений после завершения лечения. Выстроенная благодаря таким информационным данным траектория не обязательно передает долгосрочные влияния, однако она предоставляет превосходную информацию о вероятном течении. Не говоря уже о выводах о лечении, в результате длительных наблюдений можно получить важную информацию, которая позволяет дифференцировать детей. С течением времени дети, сохраняющие полезный результат лечения, могут во многом отличаться от тех, кто не сохраняет. Весьма полезно для понимания, профилактики и лечения расстройства поведения выяснить, кто реагирует, а также кто именно реагирует больше, а кто меньше на определенный метод лечения.

Систематическая ошибка, связанная с прекращением лечения и отбором испытуемых

Довольно сложно получить данные длительных наблюдений. Возможно, это связано с тем, что агрессия и антисоциальное поведение ассоциируются с более высокой частотой самовольного преждевременного прекращения лечения (Capaldi & Patterson, 1987; Kaminer *et al.*, 1992). Раннее прекращение лечения имеет более существенные эффекты, чем те, которые ассоциируются с длительным наблюдением. В исследованиях по изучению результатов психотерапии у детей и подростков из всех семей, начавших лечение, 40–60% преждевременно бросают его (Kazdin, 1996*b*; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Преждевременное прекращение лечения можно спрогнозировать по многим факторам, имеющим отношение к родителям и к семье в целом, включая неблагоприятные социально-экономические условия, характеристики состава семьи (более молодые матери, семьи родителей-одиночек), высокий уровень стресса у родителей, причиняющие вред методы воспитания (например, суровые наказания, плохой надзор и контроль) и антисоциальное поведение в анамнезе родителей (Kazdin *et al.*, 1993, 1994). Характеристики детей, которые прогнозируют преждевременное прекращение лечения, включают: коморбидность (одновременное присутствие нескольких диагнозов и симптомов широкого диапазона расстройств), степень тяжести делинквентного и антисоциального поведения, а также плохая успеваемость в школе. Аккумулирование этих факторов повышает риск преждевременного прекращения лечения в течение первых нескольких недель. Интересно отметить, что многие факторы, имеющие отношение к ребенку, родителям и семье и прогнозирующие преждевременное прекращение психотерапии, предвещают и слабую реакцию на лечение, и неблагоприятный долговременный прогноз (Dadds & McHugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995*a*; Webster-Stratton & Hammond, 1990).

Преждевременно прекращают лечение индивиды с наиболее выраженными отклонениями в характеристиках детей, родителей и семьи. В клинической практике создается впечатление, что лица, которые не завершают лечение, оказываются в более за-

труднительном положении, чем те, кто остается в нем. Наше собственное исследование подтверждает истинность такого утверждения, однако это в первую очередь объясняется тем, что те, кто прекращает лечение преждевременно, в начале терапии имели более тяжелые нарушения (Kazdin *et al.*, 1994). Наши последние наблюдения свидетельствуют о том, что проблема достаточно сложная, поскольку у небольшой части семей, которые прервали лечение, отмечено существенное улучшение, а у небольшого количества семей, своевременно завершивших лечение, эффект был незначительным (Kazdin & Wassell, 1998). Семьи преждевременно прекращают лечение по многим причинам, однако результаты нашей работы свидетельствуют о том, что они сталкиваются с многочисленными барьерами, препятствующими участию в терапии. К последним относятся стрессоры и препятствия, связанные с началом терапии, ощущение, что лечение выдвигает слишком высокие требования или не имеет особого отношения к проблемам ребенка, а также плохие отношения между терапевтом и родителем (Kazdin *et al.*, 1997*a, b*).

Отсев членов семьи существенно затрудняет интерпретацию результатов исследований по оценке эффективности лечения. Отсев — или потеря участников терапии — может влиять на все аспекты экспериментальной достоверности, препятствуя случайному формированию групп и групповой эквивалентности (внутренняя валидность), ограничивая большую часть результатов исследования пределами отдельной группы (например, состоящей из настойчивых или особенно покладистых субъектов) (внешняя валидность), создавая впечатление, что результаты обусловлены сочетанием вмешательства с отдельными характеристиками субъекта (внешняя и конструктная валидность), а также уменьшая размеры и мощность выборки или систематически изменяя вариабельность внутри выборки (достоверность статистических выводов) (см. Kazdin, 1998). В обычном исследовании анализ данных используется для того, чтобы показать, что преждевременное прекращение лечения не отличается от своевременного завершения его или что преждевременное прекращение лечения в одной группе не отличается от такового в другой. Тем не менее это не особенно полезно при интерпретации результатов, учитывая малые размеры выборок, используемых для такого сравнения. В описанных ранее исследованиях эффективности лечения сложно оценить влияние отсева.

Проблемы и перспективы, связанные с развитием

Заметным ограничением современных данных является отсутствие исследований, которые интегрируют возрастные подходы и вопросы лечения. Другими словами, среди перспективных методов лечения и направлений исследований мало внимания уделяется сравнительной полезности разных методов для подростков, находящихся на разных этапах развития, или тому, как определенный метод лечения можно модифицировать с учетом особенностей развития. Концептуальная интеграция вопросов развития, касающихся таких сфер, как социальное и когнитивное развитие, привязанность, реакция сибсов, например, с лечением имела бы очень большое значение.

Наиболее близкими к проблемам развития были публикации, которые отразили оценку возраста как переменной результата лечения. Как отмечалось, обучение родителей оказалось более эффективным для младших детей, чем для подростков (Dishion & Patterson, 1992), а формирование навыков решения проблем более эффективным для старших детей по сравнению с младшими (Durlak *et al.*, 1991). Эти результаты недо-

статочно хорошо изучены, поэтому необходимо будет выделять множество факторов, которые могут смешиваться с возрастом. Например, распространенность расстройства поведения и типы нарушений поведения у мальчиков и девочек варьируются в зависимости от возраста.

Как общий критерий, широкие конструкты, например возраст, могут быть отправной точкой для исследования. Однако действительно важно разукрупнять широкие конструкты, устанавливать индивидуальные компоненты и их вклад в результат, а также определять процессы, ответственные за возникновение связей. Если возраст включается как переменная, преимущество следует отдавать оценке специфических процессов или компонентов, которые, по-видимому, лежат в основе связанных с возрастом эффектов, выдвигать гипотезы и уточнять, почему будут возникать различия или эффекты, а затем показать связь этих процессов с результатами или зависимыми показателями. В исследованиях по изучению эффективности лечения еще предстоит рассмотреть процессы, связанные с терапевтическими изменениями и ответственные за них, оставляя в стороне именно те процессы, которые могли бы ассоциироваться с разными стадиями, уровнями и типами развития.

Наблюдается огромный интерес к значимому с точки зрения развития разграничению расстройства поведения с ранним (в детстве) и с поздним (в подростковом возрасте) началом. Это разделение может иметь очень большое значение. В публикациях, посвященных лечению, приводятся факты о том, что наиболее тяжелое течение расстройства поведения у направленных на лечение детей отмечается в случае раннего начала (например, в возрасте от шести до 11 лет). Важно в этой группе выделять подтипы. В нашей работе степень тяжести дисфункции (например, количество симптомов проблемного поведения), то, насколько рано началось расстройство, а также количество симптомов других расстройств (коморбидность) были связаны со степенью реагирования на лечение. Однако эти различия не были ни широко исследованы, ни разъяснены концептуально, ни охарактеризованы с позиции развития. Необходимо провести гораздо больше исследований по изучению развития детей и принятию решений относительно того, какие методы лечения и на каком этапе развития применять.

Общие комментарии

В свете приведенных выше комментариев становится ясно, что даже наиболее многообещающие методы лечения имеют некоторые ограничения. Следовательно, важно рассматривать их в перспективе. Как отмечалось, чаще всего применяемые в клинической практике методы лечения редко оценивались в контролируемых исследованиях эффективности, показывающих, что они позволяют добиваться терапевтических изменений в выборках направленных (или не направленных) на лечение детей с расстройством поведения (Kazdin *et al.*, 1990*a, b*). Многие формы поведенческой терапии достаточно широко освещены в публикациях, в которых показано, что разнообразные техники (например, программы подкрепления, формирование социальных навыков) могут изменять агрессивное и другие формы антисоциального поведения (Kazdin, 1985; McMahon & Wells, 1989). Однако отмечалась тенденция концентрировать внимание на изолированных формах поведения, а не на совокупности симптомов. К тому же в клинических выборках редко где были продемонстрированы стойкие изменения.

Фармакотерапия представляет довольно интересное направление работы. Например, лечение стимуляторами центральной нервной системы (например, метилфенидат), часто применяемое у детей с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, оказывало некоторое влияние на агрессивное и другие формы антисоциального поведения (см. Hinshaw, 1994). Это интересно, поскольку такие дети достаточно часто имеют сопутствующий диагноз «Расстройства поведения». До настоящего времени нет строгих доказательств, что стимуляторы могут менять совокупность симптомов (например, воровство, драки) расстройства поведения. Обзор разнообразных методов лекарственной терапии при агрессии у детей и подростков позволил выявить еще больше примеров ее возможных преимуществ, но многие исследования неконтролируемые (см. Campbel & Cueva, 1995; Stewart *et al.*, 1990). Контролируемые исследования (например, плацебо-контролируемые, рандомизированные) продемонстрировали антиагрессивный эффект одних лекарственных препаратов (например, литий; Campbel *et al.*, 1995) и отсутствие такового у других (карбамазепин; Cueva *et al.*, 1996). Надежные психофармакологические методы лечения агрессии, не принимая во внимание совокупность симптомов расстройства поведения (например, поджоги, воровство), еще предстоит разработать.

Конечно, еще рано утверждать, что существуют лишь несколько жизнеспособных методов лечения расстройства поведения и что не отмеченные в этой главе подходы следует исключить из списка потенциальных методов лечения. Имеющиеся в нашем распоряжении опубликованные результаты представляют собой превосходную базу для оценки методов лечения. Понятно, что любые новые вмешательства или предполагаемые комбинации существующих методик мы должны сравнить с одним из описанных здесь методов лечения. Мы знаем, что методы обучения родителей навыкам управления и навыкам решения проблем, функциональной семейной психотерапии и мультисистемной терапии позволят добиться поразительных изменений, кроме того, они часто значительно превосходят влияние разнообразных форм стандартной или общепринятой клинической помощи, а также отсутствия лечения. Поэтому в новых методах лечения эти перспективные вмешательства могут служить в качестве сравнительно жизнеспособного условия.

Разработка более эффективных методов лечения

Предикторы реакции на лечение

На протяжении многих лет нам известно, что в психотерапии ключевой вопрос заключается не в том, какая техника эффективна, а скорее в том, какая техника, каким пациентам, в каких условиях, кем и как выполняемая помогает (реализуется) (Kiesler, 1971; Paul, 1967). В литературе по психотерапии взрослых сконцентрировано внимание на ряде вопросов, которые позволяют идентифицировать факторы (например, пациент, терапевт, терапевтический процесс), способствующие результату. Исследования в области детской и подростковой психотерапии были посвящены почти исключительно вопросам о терапевтической технике, с незначительным вниманием к роли таких факторов, как ребенок, родители, семья и терапевт, способных влиять на результат (Kazdin *et al.*, 1990*a*).

Относительно расстройства поведения лишь в нескольких исследованиях задались вопросом, кто реагирует на лечение, главным образом, в контексте обучения родителей навыкам управления и решения проблем. Хотя многое еще предстоит сделать, текущие данные свидетельствуют о том, что многие факторы риска возникновения расстройства поведения и неблагоприятного отдаленного прогноза влияют на степень реагирования на лечение (Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995*a*; Webster-Stratton, 1985). Раннее начало и более тяжелое антисоциальное поведение ребенка, сопутствующие диагнозы, отставание в учебе, социально-экономическое неблагополучие, неполные семьи (родитель-одиночка), стресс у родителей (воспринимаемый) и жизненные события, а также антисоциальное поведение родителей в детстве потенциально ограничивают реакцию на лечение. Наше собственное исследование показало, что даже дети с множественными факторами риска добиваются улучшения во время лечения, однако изменения не столь выражены, как у детей с небольшим количеством таких факторов. На сегодняшний день нам пока неизвестно, влияют ли эти факторы на восприимчивость к любому виду лечения или только к определенным формам терапии.

В настоящее время подростков с расстройством поведения разделяют на две группы: с ранним (детство) и поздним (подростковый возраст) началом (Hinshaw *et al.*, 1993; Moffitt, 1993). Для детей с ранним началом расстройства поведения характерны агрессивное поведение, нейропсихическая дисфункция (в «исполнительных» функциях), преобладание мальчиков над девочками, а также неблагоприятный долговременный прогноз. Подростки с поздним началом расстройства поведения (в возрасте около 15 лет) чаще характеризуются делинквентной активностью (кражи, вандализм), более ровным соотношением мальчиков и девочек и более благоприятным долгосрочным прогнозом. Подтипы и ассоциированные характеристики никоим образом не утверждены. Кроме того, эти подтипы мало чем могут помочь в дифференциации в пределах большой совокупности случаев с началом заболевания в детстве. Однако в настоящее время, возможно, все же стоит рассматривать разделение на разные подтипы для прогнозирования реакции на лечение.

Направление усилий на коморбидность

Коморбидность представлялась скорее узко — главным образом, как наличие двух или нескольких расстройств. Относительно исследований и практики лечения, возможно, имеет смысл расширить это понятие. Очень часто у детей отмечаются многие симптомы разных расстройств, даже если они не соответствуют критериям диагностики какого-либо определенного расстройства. Действительно, в нашем исследовании мы обнаружили, что общее количество симптомов из широкого диапазона расстройств является более чувствительным прогностическим фактором результата лечения, чем наличие сопутствующего расстройства или количество диагнозов. Хотя количество расстройств может иметь большое значение, симптомы из полного диапазона расстройств также заслуживают внимания.

Полезно расширить понятие коморбидности за пределы психопатологической симптоматики и диагнозов в аспекте сфер нарушения, затронутых расстройством. Эти сферы могут включать другие расстройства (например, депрессию, злоупотребление психоактивными веществами), трудности, связанные с научением (специфические расстройства чтения, задержка речевого развития, сниженная способность к науче-

нию), дисфункциональные отношения со сверстниками (например, отвержение, отсутствие просоциальных друзей) и, возможно, дефицит просоциальной деятельности (например, участие в школьных, атлетических или факультативных мероприятиях). Проблемы или дисфункции в каждой из этих сфер могут отдельно от симптомов расстройства поведения влиять на результат лечения и на долгосрочный прогноз.

В настоящее время исследования не дают рекомендаций относительно того, как поступать с сопутствующими состояниями. Действительно, в большинстве исследований по изучению методов лечения исследователи воздерживались от диагностики, так что количество или процентное соотношение подростков, соответствующих критериям какого-либо расстройства, обычно известно (Kazdin *et al.*, 1990*a*). На данном этапе мы очень мало можем сказать по поводу того, постоянно ли сочетанные состояния влияют на результат, различается ли влияние и его направление в зависимости от типа сопутствующего расстройства и как нужно изменить лечение с учетом этих состояний. В этой области исследований ощущается большой дефицит базисных знаний даже в отношении многих наиболее перспективных методов лечения расстройства поведения.

Новые модели оказания лечебной помощи

В данном исследовании модель оказания лечебной помощи заключается в том, чтобы провести относительно короткое и ограниченное во времени вмешательство. При исследовании детской терапии обычный курс лечения составляет 8–10 сеансов (Kazdin *et al.*, 1990*a*). При некоторых клинических нарушениях или у определенного числа детей с отдельным расстройством, например с расстройством поведения, возможна продолжительная дезадаптация. В таких случаях проведение краткосрочного, ограниченного во времени вмешательства может в значительной степени ограничить эффективность результата. Даже если бы была разработана мощная комбинация разнообразных психотерапевтических техник, использование ее в ограниченных во времени условиях, возможно, давало бы обычный «шахматообразный» результат. Чтобы получить клинически значимые результаты у подавляющего большинства детей, необходимы разные формы более обширных и продолжительных методов лечения. Эта точку зрения можно проиллюстрировать двумя вариантами проведения более долгосрочной терапии.

Первый из них можно назвать моделью непрерывной помощи. Модель проведения лечения, в котором может возникнуть необходимость, можно сравнить с моделью, используемой в лечении сахарного диабета. Чтобы гарантировать продолжительный положительный результат при сахарном диабете, необходимо непрерывное лечение (инсулин). Ели лечение прерывается, утрачивается терапевтический эффект. Аналогично, в контексте расстройства поведения могут понадобиться разные варианты непрерывного лечения. После направления ребенка в клинику лечение проводится с тем, чтобы повлиять на текущие кризисы и оказать воздействие на функционирование дома, в школе и в сообществе. После достижения улучшения лечение не прекращается, а изменяется. На этом этапе ребенок может начать поддерживающую терапию, т. е. непрерывное лечение по меняющимся схемам («дозам»). Лечение будет продолжено, но теперь на периодической основе. Осуществляемое подобным образом непрерывное лечение оказалось эффективным в лечении рекуррентной депрессии у взрослых (Frank *et al.*, 1992), также получены данные, что такая модель эффективна в лечении депрес-

сии у детей (Kroll *et al.*, 1996). Конечно, нет необходимости прибегать к длительному лечению в тех случаях, когда ясно, что положительного результата можно достигнуть с помощью краткосрочного, ограниченного во времени метода. Применение в начале терапии краткосрочной и ограниченной во времени модели может быть вполне рациональным, однако нужно также испытать альтернативные модели.

Еще один вариант продолжительного лечения можно назвать моделью ухода за зубами. Альтернативой непрерывному лечению может быть проведение лечения, после которого следует систематическое наблюдение. После начального лечения и видимого улучшения в повседневном функционировании терапия приостанавливается. На этом этапе начинается регулярный (например, раз в месяц) и систематический (с использованием стандартизованных методов оценки) мониторинг поведения ребенка. Для оценки нет необходимости пользоваться большим комплектом тестов, однако следует применять скрининговые процедуры, позволяющие оценить функционирование ребенка дома и в школе. Лечение можно проводить по мере необходимости на основе результатов оценки или возникающих проблем, спровоцированных семьей, учителями или другими людьми. Это напоминает модель ухода за зубами, принятую в США. В соответствии с ней рекомендуются «проверки» каждые шесть месяцев; вмешательства осуществляются по мере необходимости на основе результатов таких периодических проверок.

Конечно, нет необходимости прибегать к продолжительному лечению в тех случаях, когда эффективным может быть краткосрочное. Недостатки большинства исследований по изучению лечения расстройства поведения, включая описанные ранее методы, заключаются в том, что они относительно краткосрочные и ограниченные во времени. Без сравнения с альтернативными моделями оказания помощи текущие методы лечения могут давать достаточно ограниченные результаты. Хотя крайне необходимы более эффективные методы лечения, следует пересмотреть способы применения существующих в настоящее время методов лечения.

Выводы

Терапевтические задачи, которые ставит перед клиницистами расстройство поведения, хорошо известны. Направленные в клинику дети часто имеют дисфункции и нарушения во многих сферах, включая сочетанные расстройства, трудности с обучением и успеваемостью в школе, дисфункциональные отношения со сверстниками и дефицит просоциальной деятельности. Для разработки и оценки методов лечения расстройства поведения не меньшее значение имеет также заболеваемость в семье. Существует высокая вероятность дисфункции среди членов семьи и вредных факторов влияния (например, факторы риска) в условиях, в которых живет ребенок (например, низкий социально-экономический статус, высокий уровень стресса, проживание в бедном или опасном районе). При проведении лечения нет необходимости воздействовать на все эти неблагоприятные факторы. В то же время при выборе метода лечения или при оценке потенциальных модераторов результатов лечения нельзя пренебрегать факторами влияния, имеющим отношение к ребенку, родителям или к условиям, в которые помещен ребенок.

Лечение расстройства поведения значительно продвинулось вперед. Разработаны перспективные методы с доказательствами в их пользу, основанными на результатах рандомизированных контролируемых испытаний в клинических выборках; терапевтические эффекты были воспроизведены и их устойчивость зафиксирована в катамнестических исследованиях, проводившихся через несколько лет после лечения. Среди методов, которыми мы располагаем в настоящее время, методами выбора, безусловно, являются обучение родителей навыкам управления, формирование навыков решения проблем, функциональная и мультисистемная терапия. Конечно, одно дело утверждать, что некоторые техники имеют больше доказательств в их пользу и что методы лечения приводят к существенным изменениям, но совсем другое говорить о том, что у нас есть эффективные методы для лечения расстройства поведения. Даже по отношению к наиболее перспективным методам все еще не решены некоторые основные проблемы. Мы не знаем ни отдаленный эффект лечения, ни с какой вероятностью и для каких индивидов какие методы более эффективны, а также как с помощью определенных техник добиваются изменений. К сожалению, в исследованиях по изучению методов лечения эти вопросы обычно игнорируются (см. Kazdin, 1997*a*, 2000).

Чтобы добиться значительных достижений в лечении расстройства поведения, нужно обратить внимание на некоторые важные аспекты. Приоритетными считаются следующие: оценка результатов в разных сферах, клиническое значение результатов лечения и долговременное их сохранение. До тех пор пока эти аспекты не будут оцениваться в исследованиях лучше, мы не сможем утверждать, что какое-либо вмешательство может дать хорошие результаты при расстройстве поведения и преодолеть его неблагоприятный отдаленный прогноз. С другой стороны, о многом можно заявить. Доступные в настоящее время методы лечения имеют доказательства в свою пользу. Эти доказательства обеспечивают существенный набор предложенных условий для сравнения, по мере того как исследователи предлагают новые техники, а также варианты и комбинации имеющихся методов лечения расстройства поведения. Значительным достижением будет любая новая техника, которая продемонстрирует в рандомизированных контролируемых исследованиях в клинических выборках (с последующим наблюдением) более сильный эффект по сравнению с полученным при обучении родителей навыкам управления и навыкам решения проблем, при проведении функциональной семейной психотерапия и мультисистемной терапии. Текущие данные предоставляют также важную информацию для клинического применения, особенно в обстановке, где ощущается острая потребность в надежных или эмпирически обоснованных методах лечения (Nathan & Corman, 1998; Roth & Fonagy, 1996; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Важно отметить, что текущие данные служат руководящими принципами для клинической практики. Большинство из того, что нашло практическое применение в клинических условиях, основано на психодинамически ориентированных методах, главным образом это консультирование по поводу взаимоотношений и семейная психотерапия (отличная от описанной ранее функциональной семейной психотерапии и мультисистемной терапии). Эти и другие методы в отдельности и в разных комбинациях, в которых они использовались, редко оценивались эмпирически. Отсутствие доказательств неэквивалентно неэффективности. В то же время рассмотренные в этой главе перспективные методы лечения позволяют достигнуть значительных успехов и должны быть методами лечения первого выбора.

Выражение признательности

Завершению этой публикации содействовала поддержка со стороны фонда Leona Lowenstein, фонда William T. Grant и Национального института психического здоровья. Мы очень признательны за помощь в этой работе.

ЛИТЕРАТУРА

Alexander, J.F., Barton, C., Schiavo, R.S. & Parsons, B.V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 656–64.

Alexander, J.F., Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P.B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy research: review and evaluation. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn, pp. 595–630). New York: John Wiley & Sons.

Alexander, J.F. & Parsons, B.V. (1982). *Functional Family Therapy.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM–IV). Washington, DC: APA.

Asher, S.R. & Coie, J.D. (Eds.) (1990). *Peer Rejection in Childhood.* New York: Cambridge University Press.

Baer, R.A. & Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology, 20,* 400–12.

Bank, L., Marlowe, J.H., Reid, J.B., Patterson, G.R. & Weinrott, M.R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19,* 15–33.

Bell, R.Q. & Harper, L. (1977). *Child Effects on Adults.* New York: John Wiley & Sons.

Bennett-Johnson, S. (1996). *Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A Lifespan Perspective – A Report to the Division 12 Board* Washington, DC: American Psychological Association.

Bird, H.R., Yager, T.J., Staghezza, B., *et al.* (1990). Impairment in the epidemiological measurement of psychopathology in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 796–803.

Borduin, C.M., Henggeler, S.W., Blaske, D.M. & Stein, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34,* 105–13.

Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., *et al.* (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 569–78.

Brandt, D.E. & Zlotnick, S.J. (1988). *The Psychology and Treatment of the Youthful Offender.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Brestan, E.V. & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatment of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5275 kids. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 180–9.

Brunk, M., Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 311–18.

Campbell, M., Adams, P.B., Small, A.M., *et al.* (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 445–53.

Campbell, M. & Cueva, J.E. (1995). Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past seven years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1262–72.

Capaldi, D. & Patterson, G.R. (1987). An approach to the problem of recruitment and retention rates for longitudinal research. *Behavioral Assessment, 9,* 169–87.

Chambless, D.L. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 7–18.

Chambless, D.L., Sanderson, W.I.C., Shoham, V., *et al* (1996). An update on empirically validated treatments. *Clinical Psychologist, 49,* 5–18.

Cooper, J.O., Heron, T.E. & Heward, W.L. (1987). *Applied Behavior Analysis.* Columbus, OH: Merrill.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115,* 74–101.

Cueva, J.E., Overall, J.E., Small, A.M., *et al.* (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 480–90.

Cunningham, C.E., Bremner, R. & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 1141–59.

Dadds, M.R. & McHugh, T.A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 252–9.

Dadds, M.R., Schwartz, S. & Sanders, M.R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 396–403.

Dishion, T.J. & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 538–48.

Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcomes. *Behavior Therapy, 23,* 719–29.

Dishion, T J., Patterson, G.R. & Kavanagh, K.A. (1992). An experimental test of the coercion model: Linking theory, measurement, and intervention. In J. McCord& R.E. Tremblay (Eds.), *Preventing Antisocial Behavior (pp.* 253–82). New York: Guilford Press.

Dumas, J.E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review, 9,* 197–222.

Dumas, J.E. & Wahler, R.G. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment, 5,* 301–13.

Durlak, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 110,* 204–14.

Durlak, J.A., Wells, A.M., Gotten, J.K. & Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology, 24,* 141–8.

Eyberg, S.M. & Boggs, S.R. (1989). Parent training for oppositional-defiant preschoolers. In C.E. Schaefer & J.M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of Parent Training Parents as Co-therapists for Children's Behavior Problems* (pp. 105–32). New York: John Wiley & Sons.

Feindler. E.I. & Ecton, R.B. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-Behavioral Techniques.* Elmsford, NY: Pergamon.

Finch, AJ., Jr., Nelson, W.M. & Ott, E.S. (1993). *Cognitive-Behavioral Procedures with Children and Adolescents: A Practical Guide.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Forehand, R. & Long, N. (1996). *Parenting the Strong-willed Child.* Chicago: Contemporary Books.

Forehand, R. & McMahon, R.J. (1981). *Helping the Noncompliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training.* New York: Guiltord Press.

Forgatch, M.S. (1991). The clinical science vortex: A developing theory of antisocial behavior. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 291–315). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Forgatch, M. & Patterson, G. (1989). *Parents and Adolescents Living Together – Part 2: Family Problem Solving.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Frank, E., Johnson, S. & Kupfer, D.J. (1992). Psychological treatments in prevention of relapse. In S.A. Montgomery & F. Rouillon (Eds.), *Long-term Treatment of Depression* (pp. 197–228). Chichester: John Wiley & Sons.

Graziano, A.M. & Diament, D.M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification, 16,* 3–38.

Griest, D.L., Forehand, R., Rogers, T., *et al.* (1982). Effects of parent enhancement therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. *Behaviour Research and Therapy, 20,* 429–36.

Hant, C. (1969). *A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child interaction.* Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, British Columbia.

Henggeler. S.W. (1994). *Treatment Manual for Family Preservation using Multisystemic Therapy.* Charleston, SC: Medical University of South Carolina, South Carolina Health and Human Services Finance Commission.

Henggeler, S.W. & Borduin, C.M. (1990). *Family Therapy and Beyond: A Multisystemic Approach to Teaching the Behavior Problems of Children and Adolescents.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Henggeler, S.W., Melton, G.B. & Smith, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 953–61.

Henggeler, S.W., Rodick, J.D., Borduin, C.M., *et al.* (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology, 22,* 132–41.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K. & Pickrel, S.A.G. (1995). Multisystemic therapy: Bridging the gap between university- and community-based treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 709–17.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998), *Multisystems Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents* New York: Guilford Press.

Hinshaw, S.P. (1994). *Attention Deficits and Hyperactivity in Children.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Hinshaw, S.P., Lahey, B.B. & Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 31–49.

Horton, L. (1984). The father's role in behavioral parent training: A review. *Journal of Clinical Child Psychology, 13,* 274–9.

Kaminer, Y., Tarter, R.E., Bukstein, O.G. & Kabene, M. (1992). Comparison between treatment completers and noncompleters among dually diagnosed substance-abusing adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 1046–9.

Kazdin, A.E. (1978). *History of Behavior Modification: Experimental Foundations of Contemporary Research.* Baltimore: University Park Press.

Kazdin, A.E. (1985). *Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents.* Homewood, IL: Dorsey Press.

Kazdin, A.E. (1988). *Child Psychotherapy: Developing and Identifying Effective Treatments.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kazdin, A.E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology, 5,* 277–310.

Kazdin, A.E. (1994*a*). *Behavior Modification in Applied Settings* (5th edn). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Kazdin, A.E. (1994*b*). Psychotherapy for children and adolescents. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn, pp. 543–94). New York: John Wiley & Sons.

Kazdin, A.E. (1995*a*). Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 271–81.

Kazdin, A.E. (1995*b*). *Conduct Disorder in Childhood and Adolescence* (2nd edn). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kazdin, A.E. (1996*a*). Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy: Issues, challenges, and research directions. *Clinical Psychology Science and Practice, 3,* 69–100

Kazdin, A.E. (1996*b*). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1,* 133–56.

Kazdin, A.E. (1997*a*). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 26,* 114–29.

Kazdin, A.E. (1997*b*). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1349–56.

Kazdin, A.E. (1998). *Research Design in Clinical Psychology* (3rd edn). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy of Children and Adolescents· Directions for Research and Practice.* New York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A. & Rodgers, A. (1990a). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 729–40.

Kazdin, A.E., Bass, D , Siegel. T. & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral treatment and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 522–35.

Kazdin, A.E., Holland, L. & Crowley, M. (1997a). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,*453–63.

Kazdin, A.E., Holland, L., Crowley, M. & Breton, S. (1997*b*). Barriers to Participation in Treatment Scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 1051–62.

Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology, 22,* 2–16.

Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. & Siegel, T.C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 33, 549–57.

Kazdin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. (1990b). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* 189–98.

Kazdin, A.E., Siegel, T. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 733–47.

Kazdin, A.E. & Wassell, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. *Professional Psychology. Research and Practice, 29,* 332–40.

Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 19–36.

Kendall, P.C. (Ed.). (1991). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures.* New York: Guilford Press.

Kiesler, D.J. (1971). Experimental designs in psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (pp. 36–74). New York: John Wiley & Sons.

Kolvin, I., Garside, R.F., Nicol, A.E., *et al.* (1981). *Help Starts Here: The Maladjusted Child in the Ordinary School.* London: Tavistock.

Kroll, L., Harrington, R., Jayson, D., Frazer, J. & Gowers, S. (1996). Pilot study of continuation cognitive-behavior therapy for major depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1156–61.

Lochman, J.E. & Dodge, K.A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 366–74.

Long, P., Forehand, R., Wierson, M. & Morgan, A. (1994). Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behaviour Research and Therapy, 32,* 101–7.

Lonigan, C.J., Elbert, J.C. & Johnson, S.B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 138–45.

Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology, 26,* 683–97.

Mann, B.J., Borduin, C.M., Henggeler, S.W. & Blaske, D.M. (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 336–44.

McMahon, R.J. & Wells, K.C. (1989). Conduct disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (pp. 73–132). New York: Guilford Press.

Meyers, A.W., Graves, T.J., Whelan, J.P. & Barclay, D. (1996). An evaluation of television-delivered behavioral weight loss program. Are the ratings acceptable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 172–8.

Miller, G.E. & Prinz, R.J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for child conduct disorder. *Psychological Bulletin, 108,* 291–307.

Moffitt, T.E. (1993). The neuropsychology of conduct problems. *Development and Psychopathology, 5,* 135–51.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent onset antisocial conduct problems in males; Natural history from ages 3–18. *Development and Psycliopathology, 8,* 399–424.

Morris, S.M., Alexander, J.F. & Turner, C.W. (1991). Do reattributions reduce blame? *Journal of Family Psychology, 5,* 192–203.

Nathan, P.W. &. German, J.M. (Eds.) (1998). A *Guide to Treatments that Work.* New York: Oxford University Press.

Newberry, A.M., Alexander, J.F. & Turner, C.W. (1991). Gender as a process variable in family therapy. *Journal of Family Psychology, 5,* 158–75.

Newman, M.G., Kenardy, J., Herman, S. & Taylor, C.B. (1997). Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 178–83.

Offord, D., Boyle, M.H., Racine, Y.A., *et al.* (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 916–23.

Patterson, G.R. (1976). *Living with Children: New Methods for Parents and Teachers* (revised). Champaign, IL: Research Press.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R., Capaldi, D. & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 139–68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Patterson, G.R. & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1,* 53–70.

Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44,* 329–35.

Patterson, G.R., Dishion, T.J. & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T.R. Giles (Ed.), *Handbook of Effective Psychotherapy* (pp. 43–87). New York: Plenum Press.

Patterson, G.R. & Forgatch, M. (1987). *Parents and Adolescents Living Together – Part 1: The Basics.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992) *Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia.

Paul, G.L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31,*109–18.

Pepler, D.J. & Rubin, K.H. (Eds.) (1991). *The Development and Treatment of Childhood Aggression* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Prinz, R.J. & Miller, G.E. (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 645–50.

Robins, L.N. (1981). Epidemiological approaches to natural history research: Antisocial disorders in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20,* 566–680.

Robins, L.N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32,* 193–212.

Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research.* New York: Guilford Press.

Rubin, K.H., Bream, L.A. & Rose-Krasnor, L. (1991). Social problem solving and aggression in childhood. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 219–48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ruma, P.R., Burke, R.V. & Thompson, R.W. (1996). Group parent training: Is it effective for children of all ages? *Behavior Therapy, 27,* 159–69.

Sanders, M.R. & Dadds, M.R. (1993). *Behavioral Family Intervention.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Sanford, M.N., Offord, D.R., Boyle, M.H., Peace, A. & Racine, Y.A. (1992). Ontario Child Health Study: Social and school impairments in children aged 6–16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 60–7.*

Serketich, W.J. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27,* 171–86.

Shirk, S.R. (Ed.). (1988). *Cognitive Development and Child Psychotherapy.* New York: Plenum Press.

Shure, M.B. (1992). *I Can Problem Solve (ICPS): An Interpersonal Cognitive Problem Solving Program* Champaign, IL: Research Press.

Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis.* New York: Appleton-Century.

Spivack, G. & Shure, M.B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. In B.B. Lahey &: A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 5, pp. 323–72). New York: Plenum Press.

Stewart, J.T., Myers, W.C., Burket, R.C. & Lyles, W.B. (1990). A review of the psychopharmacology of aggression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 269–77.

Stoff, D.M., Breiling, J. & Maser, J.D. (Eds.) (1997). *Handbook of Antisocial Behavior.* New York: John Wiley & Sons.

Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., *et al.* (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 571–8.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist, 48,* 3–23.

Thompson, R.W., Ruma, P.R., Schuchmann, L.F. & Burke, R.V. (1996). A cost-effectiveness evaluation of parent training. *Journal of Child and Family Studies, 5,* 415–29.

United States Congress, Office of Technology Assessment. (1991). *Adolescent Health.* (OTA-H 468). Washington, DC: US Government Printing Office.

Wahler, R.G. & Dumas, J.E. (1986). Maintenance factors in coercive mother-child interactions: The compliance and predictability hypotheses. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19,* 13–22.

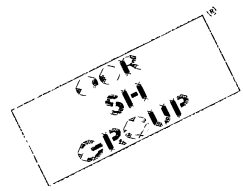
Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy, 16,* 223–43.

Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 583–93.

Webster-Stratton, C. (1996). Early intervention with videotape modeling: Programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. In E.D. Hibbs & P.Jensen (Eds.), *Psychosocial Treatment Research of Child and Adolescent Disorders: Empirically Based Strategies for Clinical Practice* (pp. 435–74). Washington, DC: American Psychological Association.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy, 21,* 319–37.

Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 190–5.



16

Профилактика расстройства поведения: обзор успешных и неуспешных экспериментов

David LeMarguand, Richard E. Trembley и Frank Vitaro

«По-видимому, не существует проблем, связанных с поведением или психическими расстройствами, которые бы были более назревшими для экспериментальных разработок, чем поведенческие нарушения». Lee Robins (Robins, 1992, с. 11) для обоснования своей точки зрения использует следующие аргументы: (1) популяция риска хорошо известна, (2) мы располагаем подходящими инструментами для оценки наличия нарушений, (3) широкое «окно» возможностей (возраст от 10 до 16 лет) оценить их возникновение, (4) известен ряд достоверных причинных факторов, которые являются хорошими кандидатами для их предотвращения, а именно: дезорганизованные районы проживания, неблагоприятная обстановка в семье, плохое воспитание, недостаточность в когнитивной и эмоциональной сферах. На протяжении нескольких десятилетий неоднократно выдвигались требования проводить исследования, посвященные проблемам профилактики. Это объяснялось тем, что исправительные вмешательства в целом оказались недостаточно эффективными, к тому же эксперименты в направлении профилактики, по-видимому, являются наилучшим средством для проверки предполагаемых причинных факторов возникновения расстройства поведения (Bovet, 1951; Cabot, 1940; Earls, 1986; Farrington *et al.*, 1986; Lipton *et al.*, 1975; McCord, 1978; Tonry *et al.*, 1991).

Цель этой главы — определить хорошо разработанные испытания по изучению профилактических мер, оценить их эффективность и привести примеры успешных и неуспешных вмешательств в предупреждении поведенческих расстройств у детей. Мы предполагали, что на реализацию профилактических вмешательств были направлены значительные исследовательские усилия, поскольку в течение последнего столетия удалось достаточно хорошо определить и переопределить предполагаемые причинные факторы, а также динамику течения расстройства поведения (Andry, 1960; Carpenter, 1851; Clueck & Clueck, 1934; Hart, 1910; Jenkins & Glickman, 1947; Pitkanen, 1969; Quetelet, 1833; Robins, 1966; Rutter *et al.*, 1981; Shaw & McKay, 1942). Неожиданно мы обнаружили, что проведено сравнительно мало экспериментов с превентивными вмешательствами, направленными конкретно на расстройство поведения, и еще меньше — с соответствующими характеристиками плана, такими как рандомизация и долгосрочные катамнестические исследования, необходимые для изучения отдаленных результатов. Нам фактически не удалось найти ни одного в достаточной мере разработанного пре-

вентивного эксперимента по изучению расстройства поведения, в котором для оценки эффективности вмешательства использовались бы критерии DSM или МКБ для диагностики этого расстройства с катамнестическим исследованием минимум через год. Несмотря на недостаточное количество хорошо разработанных испытаний по изучению профилактических вмешательств в этой области, первое из них было начато около 50 лет назад, что свидетельствует о явном возрождении интереса к данной проблеме в последние годы.

Мы смогли найти всего лишь 20 опубликованных исследований, которые соответствовали нашим минимальным методологическим требованиям. Во-первых, профилактические эксперименты должны были проводиться по отношению к детям, не направлявшимся на лечение, с тем чтобы четко отделить профилактику от экспериментов по изучению методов лечения. Термин «профилактика» в основном сохраняется для тех мер, которые применялись до момента возникновения первоначальных проявлений расстройства, т. е. до того, как состояние индивида соответствовало критериям диагностики расстройства (Mrazek & Haggerty, 1994). Во-вторых, были отобраны исследования, в которых участвовали испытуемые в возрасте 12 лет и младше на момент начала вмешательства, чтобы подчеркнуть, что фактически его применяли до начала расстройства. В-третьих, были включены исследования, в которых период последующего катамнестического наблюдения составлял минимум год, чтобы проверить, будет ли вмешательство сохранять ожидаемый отдаленный эффект. Изначально мы хотели установить более продолжительный минимальный период наблюдения (от трех до пяти лет), однако это сократило бы количество доступных исследований до 13. И наконец, были включены только те исследования, в которых использовали метод случайного распределения, или квазиэкспериментальный план (показатели вмешательства «до–после» и отвечающие требованиям контрольные группы).

В табл. 16.1 приведены данные 20 отобранных исследований. Они систематизированы в первую очередь в соответствии с типом вмешательства, будь они универсальные, избирательные или целевые (Gordon, 1983, 1987). Универсальное профилактическое вмешательство применяется по отношению ко всей популяции; избирательное — к индивидам с риском возникновения расстройства поведения, превышающим средние значения, главным образом, за счет влияния факторов окружающей среды; целевое — к бессимптомным индивидам с личностной предрасположенностью, способствующей высокому риску развития расстройства. Целевые профилактические вмешательства можно применять у бессимптомных индивидов с отдельными признаками, а также у тех, у кого ранние симптомы расстройства не настолько выражены, чтобы быть основанием для постановки диагноза (Mrazek & Heggery, 1994). В табл. 16.1 профилактическое вмешательство считается избирательным, если у испытуемого обнаруживается средовый фактор риска (т. е. модератор, например бедность), повышающий риск развития дезорганизованного поведения. Профилактическое вмешательство считается целевым, если у испытуемых наблюдаются личностные факторы риска (например, дезорганизованное поведение, низкий IQ). В пределах каждого типа вмешательства исследования расположены по нисходящей линии соответственно возрасту, в котором применялось вмешательство. Если нет дополнительных уточнений, приводятся результаты последних наблюдений. Интересно отметить, что из 20 исследований только девять были спланированы именно так, чтобы специально предотвращать нарушения поведения.

Таблица 16.1. Близнецовые исследования антисоциального поведения в детском возрасте

Авторы	Размер выборки на начало исследования (В — вмешательство; К — контрольная группа)	Возраст на момент вмешательства (лет)	План	Тип вмешательства	Описание вмешательства
1. Kellam *et al* (1994), Dolan *et al* (1993)	693 девочки и мальчика; 153 — игра в хорошее поведение (ИХП), 163 — обучение мастерству (ОМ), 377 К	6,6	Случайное распределение школьных классов	Универсальное	ИХП: учителя обучены тому, как вознаграждать команды детей за то, что они воздерживаются от дезадаптивного поведения. ОМ – повышение академической успеваемости у детей
2. Hawkins *et al* (1999); Проект развития в Сиэтле	643 (316 девочек); 156 — полное вмешательство В, 267 — позднее вмешательство В, 220 К	6	В первой школе первоклассники отобраны в В, во второй — в К, в шести других школах методом случайного распределения отобраны для полного В или К; пятиклассники в 18 школах добавлены в поздние В и К группы	Универсальное	Обучение учителей проактивному управлению классом, интерактивному преподаванию, совместному обучению обучение родителей навыкам управления поведением детей, обучение детей когнитивным и социальным навыкам. проводимое учителями
3 Webster – Stratton (1998)	426 (202 девочки), 296 В, 130 К	Средний — 4,7 года	Случайное распределение «Head Start» центров	Избирательное, дети из центров «Head Start», многие с множественными факторами риска поведенческих нарушений	Обучение родителей стимулирование компетентности родителей и повышения вовлечения их в события, происходящие в дошкольных центрах «Head Start»; обучение учителей тому как поддерживать у родителей вовлеченность в жизнь класса, а также как укреплять у учителей навыки управления поведением

Место проведения вмешательства	Продолжительность вмешательства	Длительность катамнестического наблюдения; размер выборки	Результаты для дезорганизованного поведения (В по сравнению с К по данным последнего катамнестического наблюдения, РЭ = размер эффекта)	Другие результаты (для группы, в которой применялось вмешательство, в сравнении с контрольной — по данным последней оценки)
Школа	Два года	Четыре года; 590 детей	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,08) Снижение уровня агрессивного поведения (по оценкам учителей) в группе ИХП с высокой исходной агрессией в сравнении с комбинированными ОМ и К группами	Ослабление депрессии, застенчивости, повышение уровня достижений в школе
Школа, Семья	Шесть лет	Шесть лет, 598 детей (299 девочек), 149 — полное В, 243 — позднее В, 206 К	Делинквентность (РЭ = 0,18) Школьники группы полного В демонстрируют значительное снижение уровня насильственной делинквентности (по сообщениям испытуемых) и официально зарегистрированного неправильного функционирования в школе Среди школьников группы полного В отмечена тенденция (по сообщениям испытуемых) к снижению уровня ненасильственной делинквентности, количества арестов полицией и официальных протоколов судебных заседаний	Школьники из группы полного В демонстрируют лучшую академическую успеваемость, снижение уровня употребления психоактивных веществ и нарушений сексуального поведения
Школа	Четыре месяца	Один год; 296; 189 В, 107 К	Общие РЭ = – 0,06; экстернализованное поведение (РЭ = 0,01). Отсутствие разницы в оцениваемых матерями или учителями экстернализованных нарушениях; аверсивное поведение (РЭ = – 0,25). Тенденция (по оценкам наблюдателей) к снижению уровня девиантного поведения и неподчинения как в исследуемой, так и в контрольной группах с незначительно более выраженным снижением в группе, в которой проводилось вмешательство	Матери более уверенные, заботливые, компетентные и предоставляют больше подкреплений, более последовательные в вопросах дисциплины и установлении подходящих ограничений, меньше суровой дисциплины, меньше физических и вербальных негативных дисциплинарных мер. Дети проявляют больше положительных эмоций, просоциального поведения; меньше неподчинения, отрицательных эмоций

Авторы	Размер выборки на начало исследования (В — вмешательство; К — контрольная группа)	Возраст на момент вмешательства (лет)	План	Тип вмешательства	Описание вмешательства
4. Johnson и Wolker (1987); Центр развития для родителей и детей, Хьюстон	В среднем 235 семей в пяти ежегодных когортах	1	Случайное распределение	Избирательное; низкий уровень доходов семьи, низкий уровень образования, семьи с низким социально-экономическим статусом	Просвещение, обучение родителей, детские ясли
5. Clarke и Campbell (1998); Проект обучения грамоте	111 (59 девочек); 57 В, 54 К	В среднем 4,4	Случайное распределение	Избирательное; дети с риском субоптимального когнитивного развития вследствие бедности, социального стресса	Дошкольное обучение с особым акцентом на развитии когнитивной и двигательной сфер, социальных, речевых навыков и самопомощи
6. McCarton *et al.* (1997); Программа здоровья и развития новорожденных	985 (499 девочек), 377 В, 608 К	С момента рождения	Случайное распределение	Избирательное; новорожденные с низким весом при рождении	Обучение родителей ежедневному уходу за детьми
7. Seitz *et al* (1985); Йельский проект исследования в сфере социального обеспечения детей	36 (14 девочек); 18 В (7 девочек) 18 К (7 девочек)	С момента рождения	Подобранная контрольная группа, набранная после завершения В (без случайного распределения)	Избирательное; матери, находящиеся за чертой бедности	Просвещение, медицинская помощь, обучение родителей, дневной уход

Продолжение табл. 16.1

Место проведения вмешательства	Продолжительность вмешательства	Длительность катамнестического наблюдения; размер выборки	Результаты для дезорганизованного поведения (В по сравнению с К по данным последнего катамнестического наблюдения, РЭ = размер эффекта)	Другие результаты (для группы, в которой применялось вмешательство, в сравнении с контрольной — по данным последней оценки)
Дом, дневной уход	Два года	От 5 до 8 лет, 139; 51 (25 девочек) В; 88 (47 девочек) К	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,45) Снижение (по оценкам учителей) уровня негативных поступков (упрямство, неподчинение, драки)	Более высокий уровень внимательности к другим (по оценкам учителей)
Дневной детский сад	Пять лет	13 лет; 105, 54 В, 51 К	Делинквентность (РЭ = 0,03). Отсутствие разницы в официально зарегистрированных обвинениях в совершении преступлений (включая количественное соотношение обвиненных, среднее количество обвинений, среднее количество арестов)	В возрасте 15 лет более высокий IQ, более высокий уровень академических достижений, более низкое количественное соотношение школьников, как минимум один раз оставленных на повторный курс обучения, более высокий уровень достижений при окончании школы
Дом, детский сад	Три года	Пять лет, 874 (441 девочка); 336 В; 538 К	Экстернализованное поведение (РЭ = – 0, 05) Отсутствие изменений (по оценкам матерей) в экстернализованном поведении	У детей с более низким весом при рождении из исследованной группы отмечен более высокий IQ, более высокий уровень достижений в математике и больший словарный запас по сравнению с контрольной группой
Дом, дневной уход	2,5 года	10 лет	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,80). Лучшая адаптация в школе (включая меньшее количество негативных поступков и отрицательных качеств по оценкам учителей); меньше прогулов занятий в школе	Меньше случаев обращения за профессиональной помощью. Повышение социально-экономического статуса семьи. Усовершенствование методов воспитания

Авторы	Размер выборки на начало исследования (В — вмешательство; К — контрольная группа)	Возраст на момент вмешательства (лет)	План	Тип вмешательства	Описание вмешательства
8. Stone *et al.* (1988); Программа центра Mailman	131 мальчик и девочка; 58 В, 73 К	С момента рождения	Случайное распределение матерей-подростков	Избирательное; новорожденные матерей-подростков с низким социально-экономическим статусом	Забота о потомстве, информирование об этапах развития, обучение упражнениям, стимулирующим развитие ребенка
9. Olds et al (1997, 1998); Исследование инспектирования на дому в Элмайре	400 беременных женщин; 184 «уход 1 и 2»; 100 «уход 3»; 116 «уход 4»	Предродовой	Случайное распределение	Избирательное; юные (<19 лет) матери-одиночки с низким социально-экономическим статусом	«уход 1 и 2»: проверка органов чувств и оценка развития, транспортировка; «уход 3»: «уход 1 и 2». дополнительно посещение медсестры в период беременности; «уход 4»: «уход 3», дополнительно посещение медсестры до двухлетнего возраста, концентрация внимания на содействие здоровому поведению матерей, на уходе, оказываемом родителями их детям, формированию образа жизни матери на протяжении жизни
10. Lally et al. (1988); Исследовательская программа развития семьи, Сиракузский университет	216 мальчиков и девочек, 108 В, 108 К	Предродовой (2-й триместр)	Согласованная контрольная группа, созданная после группы, в которой проводилось вмешательство (без случайного распределения)	Избирательное, потомство бедных матерей-одиночек (средний возраст — 18 лет)	Тренинги для родителей просвещение (навыки обучения языку креативность), питание здоровье и безопасность облегчение отношений между матерью и ребенком

Продолжение табл. 16.1

Место проведения вмешательства	Продолжительность вмешательства	Длительность катамнестического наблюдения, размер выборки	Результаты для дезорганизованного поведения (В по сравнению с К по данным последнего катамнестического наблюдения, РЭ = размер эффекта)	Другие результаты (для группы, в которой применялось вмешательство, в сравнении с контрольной — по данным последней оценки)
Дом, детские ясли	Восемь месяцев	От 5 до 8 лет, 61 (28 девочек); 31 В, 30 К	Экстернализованное поведение (РЭ = – 0,09). Отсутствие разницы в интенсивности или частоте проблемного поведения у детей (по оценкам матерей)	Отсутствие групповой разницы в самооценке матерей, уровне стресса, академическом или социальном / эмоциональном функционировании детей
Дом	30 месяцев	13 лет	Делинквентность (РЭ — не оценивался). Во всей выборке большее число задержаний полицией в «уход 4» против «уход 1 и 2», меньшее количество (по сообщениям испытуемых) арестов, осуждений и досрочных освобождений в «уход 4» против «уход 1 и 2» и в «уход 3» против «уход 1 и 2» В подвыборке незамужних с низким социально-экономическим статусом меньше (по сообщениям испытуемых) частота побегов в «уход 4» против «уход 1 и 2» и в «уход 3» против «уход 1 и 2», меньше (по сообщениям матерей) частота арестов в «уход 4» против «уход 1 и 2». Экстернализованное поведение (РЭ — не оценивался), отсутствие разницы в экстернализированном поведении по самоотчетам, а также по оценкам родителей и учителей	Дети «уход 4» матерей из подвыборки незамужних с низким социально-экономическим статусом имели меньше сексуальных партнеров, более низкий уровень употребления алкоголя и сигарет, меньшее количество употребления алкоголя и других психоактивных веществ. Женщины из «уход 4» вели более здоровый образ жизни, имели более высокий уровень благосостояния, у них также отмечена более низкая распространенность жестокого/небрежного обращения с детьми, менее частые последующие беременности, меньше алкогольных/ наркотических проблем и меньшая вовлеченность в преступную деятельность
Детский сад, дом	5,5 лет	В момент завершения вмешательства, 156; 82 В, 74 К; 10 лет катамнестического наблюдения, 119; 65 В, 54 К	Делинквентность (РЭ = 0,49) Меньшее количество с испытательным сроком, менее тяжкие зарегистрированные преступления (включая агрессивное поведение и физическое насилие)	Меньшие затраты в связи с антисоциальным поведением (судебные издержки, условное освобождение на поруки, заключение под стражу). Более высокий IQ (только в возрасте трех лет), улучшение социального поведения, более высокие достижения в школе, более положительная самооценка

Авторы	Размер выборки на начало исследования (В — вмешательство; К — контрольная группа)	Возраст на момент вмеша-тельства (лет)	План	Тип вмеша-тельства	Описание вмешательства
11 McCord (1978, 1992); Исследование подростков (Кембридж – Сомервилл)	650 мальчиков, 325 В, 325 К	Средний = 10,5	Случайное распределение подобранных мальчиков	Целевое; мальчики группы риска	Консультирование; посещения на дому; обучение, направление в учреждения здравоохранения, привлечение к участию в факультативных мероприятиях, обучение родителей
12. Lochman (1992)	145 мальчиков; 31 в группе, в которой применялось вмешательство, способствующее умению справляться с гневом (СГ), 52 нелечившихся агрессивных (НА), 62 неагрессивных (НЕ)	9–12	Случайное распределение некоторых когорт	Целевое, обозначенные учителями наиболее агрессивные мальчики	Когнитивно-поведенческое, контроль над гневом
13 Kolvin *et al* (1986); Исследование, проведенное в Ньюкасле на р. Тайн	592 мальчика и девочки. Младшая когорта: 67 в контрольной группе риска (КГР), 69 в группе консультирования родителей (ГКР), 74 детской групповой терапии (ДГТ), 60 в группе воспитательной работы (ГВР). Старшая когорта· 92 в контрольной группе с дезадаптацией (КГД), 83 в группе консультирования родителей (КР), 73 в старшей групповой терапии (СГТ), 74 в группе модификации поведения (МП)	Младшие 7–8; старшие 11–12	Случайное распределение	Целевое; по оценкам сверстников — изолирован-ные или отвергнутые, плохо читающие, проблемное поведение, частые прогулы занятий, выраженные невротические проявления	ГКР, КР· патронажная работа с семьями по месту жительства. консультации с учителями ДГТ: игры и анализ эмоциональных переживаний; ГВР: действия, компенсирующие и обогащающие, поддержка со стороны специалистов в области охраны психического здоровья, формирование поведения СГТ: традиционная групповая терапия, МП: определение целей техники социального подкрепления, рекомендации по поводу поведения

Продолжение табл. 16.1

Место проведения вмешательства	Продолжительность вмешательства	Длительность катамнестического наблюдения, размер выборки	Результаты для дезорганизованного поведения (В по сравнению с К по данным последнего катамнестического наблюдения, РЭ = размер эффекта)	Другие результаты (для группы, в которой применялось вмешательство, в сравнении с контрольной — по данным последней оценки)
Семья община	5,5 лет	31 год; 506 мальчиков; 253 В, 253 К	Делинквентность (РЭ = – 0,08). Более высокий уровень зафиксированной в суде криминальной активности	Более высокие (по сообщениям испытуемых) показатели алкоголизма, соматических заболеваний. Более высокое процентное соотношение более серьезных психических расстройств
Школа	4–5 месяца	2,5–3,5 года	Общий РЭ = –0,01. Делинквентность (РЭ = 0,06) Отсутствие разницы между мальчиками из групп СГ и НА (по сообщениям испытуемых) в делинквентности (включая преступления против личности, воровство) Аверсивное поведение (РЭ = –0,22), отсутствие разницы (по оценкам наблюдателей) в дезорганизованно-агрессивном поведении вне заданий	Улучшение способности решать проблемы, повышение самооценки в группе СГ. Более низкий уровень употребления психоактивных веществ в группе СГ
Школа дом	4–16 месяцев	20–32 месяца	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,26) Младшая группа: ДГТ — снижение уровня суммарного и оцениваемого учителями антисоциального поведения по сравнению с другими тремя группами, ДГТ и ГВР — снижение уровня (по оценкам родителей) антисоциального поведения по сравнению с другими двумя группами. Старшие МП — снижение уровня (по оценкам родителей) антисоциального поведения по сравнению с КГД; СГТ — снижение уровня (по оценкам учителей) антисоциального поведения по сравнению с КГД, СГТ и МП — отмечена тенденция к снижению уровня суммарного антисоциального поведения по сравнению с КР и КГД	Младшие: ДГТ — более низкий общий уровень невротического поведения по сравнению с КГР (по данным заключительного катамнестического наблюдения). Старшие СГТ и МП демонстрируют более низкий общий уровень невротического поведения по сравнению с КР и КГД (по данным заключительного катамнестического наблюдения)

Авторы	Размер выборки на начало исследования (В — вмешательство; К — контрольная группа)	Возраст на момент вмешательства (лет)	План	Тип вмешательства	Описание вмешательства
14. Szapocznik *et al* (1989)	69 мальчиков-латиноамериканцев; 26 — структурированная семейная терапия (ССТ), 26 — индивидуальная психодинамическая терапия для детей (ИПТД), 17 К	Средний — 9 лет 2 мес.	Случайное распределение	Целевое; 32% — оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР), 30% — тревожные расстройства, 16% — расстройство поведения; 12% — расстройства адаптации, 10% — другие	ССТ – изменение дезадаптивных паттернов взаимодействия, ИПТД – выражение чувств, установление границ, интерпретация инсайта и переноса; К – деятельность по организации отдыха
15. Lochman *et al* (1993)	52 мальчика и девочки 9 агрессивных-отверженных, подвергнутых вмешательству (АОВ), 17 — только отверженные (ОВ), 9 — агрессивные-отверженные, контрольная группа (АОК), 17 — только отверженные контрольная группа (ОК)	Девять (четвертый класс)	Случайное распределение	Целевое; агрессивные и/или отверженные дети	Выработка положительных социальных навыков. когнитивно-поведенческие методы стимуляции неимпульсивных способов решения проблем
16. Bierman *et al.* (1987)	32 мальчика в группах обучения (О), запретов (З), обучения и запретов (ОЗ) и контрольной группе (К) (дизайн 2 х 2)	Средний — 7 лет 7 мес.	Случайное распределение	Целевое; дети, определены как отрицательные и демонстрирующие отрицательные взаимодействия со сверстниками	Обучение с целью активизировать положительное социальное поведение и/или запреты для смягчения негативного поведения
17. Tremblay *et al* (1995); Продольное экспериментальное исследование в Монреале	166 мальчиков, 43 В, 123 — комбинация внимания/наблюдения и контрольная группа, отсутствие вмешательства	7	Случайное распределение	Целевое, мальчики с низким социально-экономическим статусом, набравшие большое количество баллов по дезорганизованному поведению	Обучение родителей эффективному уходу за детьми; выработка социальных навыков для детей

Продолжение табл. 16.1

Место проведения вмешательства	Продолжительность вмешательства	Длительность катамнестического наблюдения; размер выборки	Результаты для дезорганизованного поведения (В по сравнению с К по данным последнего катамнестического наблюдения, РЭ = размер эффекта)	Другие результаты (для группы, в которой применялось вмешательство, в сравнении с контрольной — по данным последней оценки)
Клиника	17–19 недель	1 год, 58; 23 ССТ, 21 ПИДТ, 14 К	Экстернализованное поведение (РЭ = –0,31). Сохранение на невысоком уровне экстернализованного поведении (по сообщениям матерей), наблюдаемое в момент завершения вмешательств «уход х», однако никакой разницы между группами, отсутствие изменений (по оценкам матерей) в проявлениях расстройства поведения или социализированной агрессии	Снижение уровня нарушений в эмоциональной сфере при обоих условиях «уход х» после «уход х», сохраняющееся по данным катамнестического наблюдения
Специальная школа	Шесть месяцев	Один год, 44; 7 АОВ, 17 ОВ, 6 АОК, 14 ОК	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,87). Более низкий уровень агрессии (по оценкам учителей) в АОВ по сравнению с АОК, отсутствие разницы между ОВ и ОК. Тенденция к более низкому уровню агрессии (по оценкам сверстников) в АОВ по сравнению с АОК и ОВ по сравнению с ОК	АОВ более высокий уровень просоциального поведения (по оценкам учителей) по сравнению с АОК. Тенденция к более высокому уровню социального приятия в АОВ по сравнению с АОК
Школа	Десять недель	Один год; 8 О, 7 З, 8 ОЗ, 6 К	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,17). Отсутствие изменений в агрессии (по оценкам учителей и сверстников)	Отсутствие изменений в оценке действий, положительной или отрицательной номинации сверстниками или в оценках друзьями
Школа дом	Два года	Шесть лет	Общий РЭ = 0,06. Экстернализованное поведение (РЭ = –0,04). Тенденция к более низкому уровню дезорганизованного поведения (по оценкам учителей) в возрасте от 10 до 13 лет. Делинквентность (РЭ = 0,11). Ниже уровень делинквентного поведения (по сообщениям испытуемых) на протяжении от одного года до шести лет после завершения Отсутствие разницы по показателям преступлений, зарегистрированных в судах	Более высокое процентное соотношение (по сравнению с объединенной контрольной группой) пребывания в соответствующих возрасту классах в возрасте от 10 до 12 лет. Отсутствие разницы в восприятии мальчиками наказания или в наблюдении родителями

Авторы	Размер выборки на начало исследования (В — вмешательство; К — контрольная группа)	Возраст на момент вмешательства (лет)	План	Тип вмешательства	Описание вмешательства
18. Strayhorn и Weidman (1991)	105 (59 девочек), 55 В, 50 К	3 года 9 месяцев	Случайное распределение	Целевое; дети с дезорганизованным поведением из семей с низким социально-экономическим статусом	Обучение родителей, нацеленное на улучшение навыков положительного подкрепления и эффективного наказания а также навыков коммуникации
19. Schweinhart *et al.* (1993), Исследование когнитивной учебной программы дошкольного обучения (дошкольный проект Перту)	123 (51 девочка); 58 (25 девочек) В, 65 (26 девочек) К	3–4	Составление пар на основе IQ с последующим использованием метода случайного распределения	Целевое; дети с низким IQ из семей с низким социально-экономическим статусом	Улучшение когнитивного развития с помощью ежедневных посещений учителями на дому
20. Schweinhart и Weikart (1997); Исследование конитивной учебной программы дошкольного курса обучения	68 (37 девочек); 23 — прямые инструкции (ПИ), 22 — когнитивная учебная программа (КП), 23 — детский сад (ДС)	3–4	Случайное распределение	Целевое; дети с низким IQ из семей с низким социально-экономическим статусом	ПИ (программированное научение) подход: инициируемая учителями деятельность, КП (открытая структура подход: спланированные и инициируемые учителями и детьми действия; ДС (центрированный на детях) подход: инициируемая детьми деятельность

Окончание табл. 16.1

Место проведения вмешательства	Продолжительность вмешательства	Длительность катамнестического наблюдения; размер выборки	Результаты для дезорганизованного поведения (В по сравнению с К по данным последнего катамнестического наблюдения, РЭ = размер эффекта)	Другие результаты (для группы, в которой применялось вмешательство, в сравнении с контрольной — по данным последней оценки)
Клиника	В среднем три месяца	Один год, 45 В, 39 К	Экстернализованное поведение (РЭ = 0,45). Тенденция к более низкому уровню враждебно-агрессивного поведения	Более низкий уровень (по оценкам учителей) гиперактивности, тенденция к уменьшению проявлений беспокойного поведения, а также оцениваемого родителями экстернализованного и беспокойного поведения
Школа дом	Один–два года	22 года	Делинквентность (РЭ = 0,35). Уменьшение среднего показателя официально зарегистрированных арестов в течение жизни. Отсутствие разницы по проявлениям неправильного поведения (по данным самоотчетов)	Более высокий IQ и улучшение достижений в учебе в школе, больше выпускников высшей школы, более высокие годовые доходы, более высокий процент владельцев собственного дома, меньше получающих социальную помощь
Школа дом	Один–два года	18 лет, 52; 19 ПИ, 14 КП, 19 ДС	Делинквентность (РЭ = 0,22) В группе ПИ более высокий средний показатель временного отстранения от работы по данным самоотчетов (РЭ = 0,22 для переменных делинквентности — по самоотчетам, КП — по сравнению с двумя другими группами). В группе ПИ более высокая частота официально зарегистрированных арестов в течение жизни, арестов в период взрослости, арестов в связи с уголовными преступлениями (особенно уголовные преступления против чужой собственности) и арестов по поводу преступлений из категории наименее опасных (РЭ = 0,21 для официально зарегистрированных на протяжении жизни арестов, в подростковом возрасте и в период взрослости, КП по сравнению с двумя другими группами)	ПИ — больше лет специального обучения в связи с эмоциональными проблемами, меньше выполнено волонтерской работы, больше владельцев старых автомобилей по сравнению с двумя другими группами; ПИ имели больше источников для раздражения, меньше прожитых вместе лет с супругом (супругой), меньше лет планированного высшего образования, меньше обладателей специального счета в банке по сравнению с группой КП, больше членов, остающихся в Ypsilanti, по сравнению с группой ДС

В табл. 16.1 включены «размеры эффекта», вычисленные на основе оценки трех разных показателей результата: (а) экстернализованное поведение, т. е. общие показатели дезорганизованного поведения, оцененные с помощью вопросников для учителей и родителей; (б) делинквентность (по данным самоотчетов испытуемых или по результатам официальной регистрации преступности); (в) аверсивное поведение, оцениваемое наблюдателями как дезорганизованное. Суммарный размер эффекта, полученный в исследовании, — это средняя величина всех размеров эффекта для каждого показателя результата дезорганизованного поведения. Размеры эффекта представляют собой среднее контрольной группы, вычитаемое из среднего исследуемой группы и разделенное на суммарное внутригрупповое стандартное отклонение, и являются невзвешенным средним (Hedges & Olkin, 1985). Эти значения рассчитаны так, чтобы положительные баллы могли отразить улучшение в исследуемой группе в сравнении с контрольной. Размер эффекта 0,2 обычно считается небольшим, 0,5 — средним и 0,8 — большим (Cohen, 1977).

Для одного исследования размеры эффекта не были рассчитаны из-за отсутствия в публикации необходимых данных. Среди приведенных в табл. 16.1 исследований не намного больше тех, в которых обнаружено положительное влияние профилактических вмешательств на последствия дезорганизованного поведения. Однако обратите внимание на широкие колебания размеров эффекта: от больших размеров эффекта в пользу группы, в которой применялось вмешательство, т. е. в экспериментальной (0,87 — по данным Lochman *et al.*, 1993), указывающих на то, что результат оказался лучше в контрольной группе по сравнению с экспериментальной (например, –0,31 — по данным, опубликованным Szapocznick *et al.*, 1989). Кроме того, использовалось широкое разнообразие показателей дезорганизованного поведения. Большинство исследователей концентрировали внимание на испытуемых, оставшихся в программе, однако в двух исследованиях применили подход «намерение лечить»: в анализ включали данные обо всех испытуемых, доступных во время катамнестического исследования, независимо от выбытия из программы вмешательства. В половине исследований проводили анализ отсева, чтобы сравнить испытуемых, оцененных во время катамнестического исследования, с теми, кто выбыл либо во время реализации программы вмешательства, либо в период катамнестического наблюдения.

Кроме того, обращает на себя внимание вариабельность исследуемой популяции и содержания программ вмешательств. В соответствии с классификацией Gordon (1987) универсальные вмешательства применялись к общей популяции в двух исследованиях детей, начинающих обучение в школе. В восьми исследованиях изучались избирательные вмешательства, направленные на индивидов с высоким риском, связанным с факторами окружающей среды, а в оставшихся десяти — целевые вмешательства, поскольку дети, по отношению к которым они применялись, относились к группе риска из-за их особенностей личности.

Два универсальных вмешательства были нацелены на детей, которым на момент начала вмешательства было шесть лет, однако одно из них продолжалось два года, а другое — шесть лет. Восемь избирательных вмешательств были применены к детям дошкольного возраста: объектом двух из них (одно продолжалось три года, второе — пять с половиной лет), были беременные женщины, объектом пяти (продолжались от восьми месяцев до пяти лет) — дети грудного возраста, а объектом одного (длившегося четыре месяца) — четырех-пятилетние дети. Десять целевых вмешательств были

применены по отношению к детям в возрасте от трех до 12 лет (три у детей в возрасте трех-четырех лет в течение от трех месяцев до двух лет; два у семилетних, одно из них в течение десяти недель, второе — два года; пять у 9–12-летних и длились от четырех месяцев до пяти с половиной лет).

Кроме того, вариабельность можно было наблюдать в продолжительности катамнестического наблюдения (от одного до 31 года), типе измеряемого результата и, что наиболее важно, в содержании вмешательств. В шести исследованиях обеспечивался высококачественный дневной уход за детьми в детском саду, в семи проводились занятия по формированию социальных или социально-когнитивных навыков, в пяти пытались повысить академическую успеваемость, в двух проводили психодинамическую психотерапию, в 13 — обучение родителей навыкам управления, в одном — семейную психотерапию, еще в одном — обучение сверстников, в четырех — учителей, в одном — социальный патронаж.

Столкнувшись с таким разнообразием вариантов испытуемых, содержания и продолжительности программ, длительности катамнестической оценки и наблюдаемого эффекта только в 20 исследованиях, мы пришли к выводу, что, основываясь на наилучшей подборке исследований, которые мы смогли обнаружить, вряд ли нам удастся окончательно определить наилучшую стратегию профилактики расстройства поведения. Каждое исследование выглядит нетипичным. Ученые в этой области должны еще добиться четкого повторения успешных вмешательств. Необходимо также напомнить о том, что ни в одном исследовании не использовались критерии DSM и МКБ при оценке влияния вмешательства.

Далее мы подробно опишем эксперименты, и благоприятствовавшие редуцированию нарушений поведения, и оказавшиеся неуспешными. Это позволит выделить эксперименты, которые необходимо воспроизвести, и те, которые повторять не стоит. По возможности, мы выбирали одно вмешательство для каждой широкой возрастной группы, а также отобрали вмешательства с длительным катамнестическим наблюдением. Затем мы обсудим некоторые предполагаемые механизмы, обусловливающие благотворное влияние вмешательств на поведенческие нарушения, коротко пишем некоторые широкомасштабные, продолжающиеся в настоящее время исследования и обсудим проблемы их разработки и применения.

Профилактические эксперименты, которые редуцировали нарушения поведения

В период обучения в начальной школе

Hawkins и коллеги (Hawkins *et al.*, 1999) недавно опубликовали результаты шестилетнего катамнестического наблюдения в рамках Проекта социального развития, проводимого в Сиэтле, показав значимый эффект вмешательства, разработанного для профилактики отрицательных последствий подросткового возраста. Этот универсальный профилактический эксперимент охватывал всю группу (с первого по шестой класс) — полное вмешательство, старшую группу (пятый и шестой классы) — позднее вмешательство и контрольную группу, в которой не проводилось вмешательство. Использо-

вался план квазиэкспериментального исследования. Вначале в шести школах учеников, поступивших в первый класс, методом случайного распределения направляли в классы, в которых проводилось вмешательство, или в контрольные классы. Седьмая школа считалась полностью экспериментальной (вмешательства), а восьмая — полностью контрольной. Спустя четыре года (в пятом классе) выборка была расширена за счет пополнения контрольной группы и включения второй экспериментальной группы (группа позднего вмешательства). Вмешательство было комбинированным: обучение учителей проактивному управлению классом, интерактивному преподаванию и совместному научению; обучение учителей когнитивным навыкам решения межличностных проблем (с целью дальнейшего обучения детей тому, как продумывать межличностные проблемы, анализировать альтернативные ответные реакции); обучение ребенка умению противостоять нежелательному социальному влиянию и генерировать положительные альтернативы; обучение родителей навыкам управления поведением ребенка. Результаты оценивались главным образом на основе самоотчетов испытуемых, а также данных из официальных школьных документов и записей в местных органах.

Результаты шестилетнего катамнестического исследования обнадеживающие (Hawkins *et al.*, 1999). В группе полного вмешательства по сравнению с контрольной группой отмечалось меньше насильственных делинквентных проступков, наблюдалась тенденция к уменьшению частоты ненасильственной делинквентности, сократилось (по данным самоотчетов испытуемых) количество арестов и снизилась официально зарегистрированная подростковая делинквентность. Кроме того, в группе полного вмешательства отмечалось улучшение и в других сферах, повысилась успеваемость и улучшилось поведение в школе, а также сократилось употребление психоактивных веществ и редуцировались проявления неправильного сексуального поведения. Группа позднего вмешательства по показателям оценки результата заняла промежуточное положение между группой полного вмешательства и контрольной, подтверждая эффекты «доза–реакция».

В дошкольном возрасте

Наилучшим доказательством успеха продолжительного профилактического вмешательства являются два исследования организации «High/Scope»: «Исследование когнитивной учебной программы дошкольного обучения (дошкольный проект Перry)» (Schweinhart *et al.*, 1993) и «Сравнительное исследование дошкольных учебных программ» (Schweinhart & Weikart, 1997). В дошкольном исследовании Перry 123 ребенка методом случайного распределения были разделены на две группы — дошкольную и недошкольную. Дошкольной моделью была когнитивная учебная программа «High/Scope» (описанная ниже). В сравнительном исследовании дошкольных программ 68 детей методом случайного распределения были разделены на три группы, представляющие различные дошкольные модели: прямых инструкций, когнитивной учебной программы и вмешательств, осуществляемых в детском саду. Программа дошкольного обучения с использованием прямых инструкций представляла собой программный подход к научению, в соответствии с которым учитель инициировал деятельность, а ребенок реагировал. Акцент делался на академической успеваемости. Программа, реализовавшаяся в детском саду, представляла собой центрированный на ребенке подход, в котором инициатором деятельности был ребенок, а учитель реагировал. Внимание

концентрировалось на социальном, а не на интеллектуальном развитии. Модель когнитивной учебной программы представляла собой подход с открытой структурой, в которой деятельность инициировали как ребенок, так и учитель. Акцент делался на планировании, выполнении и проверке чьих-либо действий в условиях стимулирующего окружения, где учитель играл поддерживающую роль, поощряя интеллектуальное, социальное и физическое развитие. В обоих исследованиях вмешательство длилось от одного до двух лет (в зависимости от когорты) и предусматривало посещение дошкольного учреждения по два и полтора часа утром в будние дни, а также одно- и получасовые посещения каждой матери и ребенка на дому в будние дни во второй половине дня. В дошкольном исследовании Перри посещения на дому были еженедельными, в исследовании дошкольных учебных программ такие визиты осуществлялись через неделю. Участники дошкольного исследования Перри наблюдались в течение 22 лет после применения вмешательства, т. е. до возраста 27 лет; исследования дошкольных учебных программ — в течение последующих 18 лет, до возраста 23 лет.

Результаты обоих исследований подтверждают положительное влияние дошкольного обучения на преступность в дальнейшей жизни. В дошкольном исследовании Перри после вмешательства значительно снизилась частота официально зарегистрированных арестов в течение жизни и неправильного поведения (по оценкам учителей), влияние на неправильное поведение было менее значимым (по данным самооценок). В исследовании дошкольных учебных программ и когнитивная учебная программа, и учебная программа, реализуемая в детском саду, способствовали снижению уровня делинквентности (по данным самоотчетов и официальных документов) по сравнению с группой, в которой применялась модель прямых инструкций. В каждом исследовании наблюдалось значимое положительное влияние и на другие аспекты функционирования (см. табл. 16.1).

В целом оба исследования методологически надежные. Они подвергались критике из-за небольшого размера выборок и низкой надежности самоотчетов и официальных записей. Несмотря на эти проблемы оба исследования, тем не менее, продемонстрировали значительное влияние на делинквентность и преступность через 18–24 года после завершения вмешательства. Эти результаты позволяют утверждать, что вмешательства, проводимые в раннем детском возрасте, преимущественно когнитивно-поведенческие, могут редуцировать антисоциальное поведение в долгосрочном плане. Было бы весьма интересно и важно узнать механизмы, посредством которых эти вмешательства повлияли на их отдаленные результаты. Этой теме будет уделено внимание позже в данной главе.

В раннем возрасте

Программа Хьюстонского центра развития для родителей и детей (Johnson & Walker, 1987) представляла собой эксперимент с избирательным вмешательством, нацеленным на семьи американцев мексиканского происхождения с низким уровнем доходов. Разработанная для повышения уровня социальной и интеллектуальной компетентности, эта программа также ставила перед собой цель предупредить нарушения поведения. Семьи в случайном порядке были распределены в контрольную и экспериментальную группы. Размеры этих групп в начале вмешательства неизвестны, имеются только данные пяти- и восьмилетнего катамнестического наблюдения (Johnson & Walker, 1987).

Авторы сообщают о 50% выбывших из программы и в экспериментальной, и в контрольной группах; это указывает на то, что количество выбывших из программы не различалось, однако подтверждающие анализы этих данных не представлены.

Вмешательство начиналось в возрасте одного года и длилось два года. В первый год оно предусматривало посещения на дому, во время которых главное внимание уделялось развитию ребенка, навыкам воспитания и созданию домашней обстановки для научения. В течение второго года матери со своими детьми посещали центр, где учились справляться с ребенком, способствовать его когнитивному развитию и формированию навыков коммуникации. Периодически матерей обучали принципам и навыкам ведения домашнего хозяйства, пока их дети находились в детском саду. Катамнестическое наблюдение в течение пяти-восьми лет (см. табл. 16.1) продемонстрировало в экспериментальной группе уменьшение частоты негативных поступков (по оценкам учителей) по сравнению с контрольной.

Недавно Johnson (личное сообщение) сообщил о катамнестическом исследовании (от шести до 13 лет) результатов хьюстонской программы. Он обследовал 244 испытуемых из возможных 389 (89 из 153 детей программной группы и 155 из 236 контрольной). Предварительные результаты анализа подтверждают, что у детей экспериментальной группы экстернализованное поведение редуцировалось (по оценкам матерей), однако различий в оцениваемой учителями агрессии/враждебности между экспериментальной и контрольной группами не было выявлено. Не обнаружено также различий в оцениваемой матерями делинквентности (хотя следует отметить, что единственным делинквентным поступком, по сообщениям матерей, были прогулы занятий в школе). Таким образом, эти данные, по-видимому, подтверждают положительное влияние программы на дезорганизованное поведение (по оценкам матерей), хотя отсутствие различий в агрессии/враждебности, по мнению более беспристрастных наблюдателей (например, учителей), не позволяет сделать это с полной уверенностью.

В период беременности

В Элмайрском исследовании по изучению эффективности посещений на дому (Olds *et al.*, 1997, 1998) проводили обследование органов чувств и оценивали особенности развития, обеспечивали бесплатную транспортировку в дородовой период, хороший уход за ребенком вплоть до его второго дня рождения, а также посещения патронажной медицинской сестрой на дому начиная с периода беременности до двухлетнего возраста ребенка (обозначенные как «уход 4»). Эта комбинация разных видов помощи сравнивалась с другими в двух контрольных группах: в одной из них проводилось обследование органов чувств и оценивалось развитие в сочетании с транспортировкой (обозначенные как «уход 1 и 2»), в другой — только обследование органов чувств и транспортировка плюс посещения медсестры («уход 3»). Медицинские сестры придавали особое значение улучшению поведения женщин, связанного со здоровым образом жизни, с уходом за ребенком и личностным ростом.

Распределение 400 участвовавших в исследовании семей проводилось в случайном порядке. По своей природе вмешательство было избирательным, так как отобрали женщин моложе 19 лет, незамужних или с низким социально-экономическим статусом. Участников заносили в реестр исследования до 25-й недели беременности. Все они наблюдались в течение 13 лет после окончания вмешательства.

Большинство значимых различий между группами «уход 1 и 2» и «уход 4» было обнаружено в подвыборке незамужних и происходивших из семей с низким социально-экономическим статусом (на момент регистрации в период беременности) женщин. В этой подвыборке авторы представили операционализацию группы с высоким уровнем стресса и со слабыми личностными ресурсами, не позволяющими эффективно справляться со стрессом. Внутри этой подвыборки у женщин из группы «уход 4» (в сравнении с группой «уход 1 и 2») было меньшее количество последующих беременностей и случаев рождения живого ребенка, отмечались более длительные промежутки между первыми и вторыми родами, они меньше пользовались социальной помощью и продовольственными талонами. У женщины из группы «уход 4» также отмечено меньше нарушений, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (по данным самоотчетов), меньше арестов, судимостей, они меньше времени провели в тюрьме; было также меньше официально зарегистрированных арестов и судимостей (это объясняется, главным образом, меньшим количеством имущественных преступлений в противоположность преступлениям против личности или другим). Женщин из группы «уход 4» реже признавали правонарушителями, небрежно или жестоко обращающимися с детьми, по сравнению с женщинами из группы «уход 1 и 2»; такой эффект обнаружен как во всей выборке, так и в подвыборке высокого риска (Olds *et al.*, 1997).

С точки зрения влияния на антисоциальное поведение детей дети, чьи матери находились в группе «уход 4», сообщали о более частых задержаниях полицией (но более редких арестах и судимостях, а также более редких случаях нарушения условно-досрочного освобождения под честное слово) по сравнению с детьми матерей из группы «уход 1 и 2» в полной выборке. Влияние участия в группе «уход 4» на частоту арестов, судимостей и нарушений условно-досрочного освобождения под честное слово ярче всего проявилось у детей, родившихся у матерей-одиночек с низким социально-экономическим статусом. В подвыборке незамужних женщин с низким социально-экономическим статусом дети матерей из группы «уход 4» имели меньшее количество арестов (по сообщениям родителей) и случаев побегов (по сообщениям самих детей) по сравнению с детьми матерей из группы «уход 1 и 2». И наконец, в гораздо меньшей подвыборке общей выборки официальные записи указывали на то, что детей матерей из группы «уход 4» реже признавали нуждающимися в надзоре по сравнению с детьми из группы «уход 1 и 2». Большинство различий, отмеченных между группами «уход 4» и «уход 1 и 2», были также обнаружены между группами «уход 3» и «уход 1 и 2». По некоторым зависимым переменным экстернализованного поведения терапевтического эффекта не отмечалось, особенно для оцениваемого учителями неправильного поведения в школе.

Профилактические эксперименты, которые не редуцировали поведенческие нарушения

В период обучения в начальной школе

Было много публикаций по поводу Кембридж-сомервиллского исследования подростков (McCord, 1978). Чем это объяснялось? Во-первых, это один из самых ранних контролируемых экспериментов по профилактике. Во-вторых, это единственное про-

филактическое исследование, в котором криминальное поведение испытуемых было хорошо оценено в период взрослости. В-третьих, обнаружено, что вмешательство в какой-то степени отрицательно повлияло на результат.

В средине и конце 1930-х годов удалось убедить 650 мальчиков в возрасте от пяти до 13 лет участвовать в программе профилактики, основанной на точке зрения, что делинквенты испытывают недостаток в близких эмоциональных связях. Мальчики были подобраны по возрасту, склонности к делинквентности, семейному происхождению и домашнему окружению, а затем в случайном порядке разделены на экспериментальную (в которой проводилось вмешательство) и контрольную группы. Мальчики в экспериментальной группе имели контакты с социальным работником в среднем два раза в месяц на протяжении пяти с половиной лет. Социальные работники были соответственно подготовлены и помогали в учебе, обеспечивали контакты с медицинскими и психиатрическими службами, организовывали посещение летних лагерей, облегчали участие в работе общественных организаций, включая такие, как молодежная христианская организация и бойскауты. Некоторые мальчики были исключены из терапевтической группы, когда выяснилось, что у одного социального работника оказалось слишком много подопечных. Подобранные для таких мальчиков участники контрольной группы также были исключены из эксперимента.

Примерно через 30 лет обследовали 506 испытуемых, когда средний возраст у бывших мальчиков в среднем составлял 47 лет (McCord, 1978). Показатели криминального поведения несовершеннолетних и в период взрослости не различались между двумя группами, и неожиданно оказалось, что в экспериментальной группе (по сравнению с контрольной) тех, кто совершил более одного уголовного преступления, было больше. В экспериментальной группе обнаружена также более высокая частота случаев алкоголизма и связанных со стрессом соматических расстройств (по данным самоотчетов), а среди умерших к моменту обследования значительную часть составили члены экспериментальной группы, умершие в более молодом возрасте. Дальнейший анализ показал, что многие испытуемые из экспериментальной группы имели нежелательный результат (осуждены за преступления, по данным ФБР, заболели алкоголизмом, шизофренией, маниакально-депрессивным психозом или умерли в возрасте до 35 лет) в сравнении с контрольной группой (McCord, 1981).

Дополнительный анализ не позволил выделить внутри экспериментальной группы подгруппы, в которых вмешательство привело к благоприятному результату. Были изучены такие показатели: возраст, в котором начиналась терапия, ее продолжительность, частота контактов, количество консультантов, степень близости отношений с консультантом (консультантами), пол консультанта (консультантов), а также специфический тип помощи, предоставляемой консультантом, чтобы выяснить, имели ли они отношение к желательному/нежелательному результату (как определено выше) (McCord, 1981). Мальчики, начавшие проходить лечение в возрасте 9–11 лет, те, кого чаще (через неделю) посещали консультанты, те, кто находился в программе минимум шесть лет, а также те, чьи консультанты главное внимание уделяли личностным или семейным проблемам (в противоположность учебным или проблемам со здоровьем), демонстрировали более высокую частоту нежелательных результатов по сравнению с контрольной группой. Возможно, мальчики из этих подгрупп экспериментальной группы были «тяжелее» других в начале лечения по сравнению с другими подгруппами, если они требовали больше внимания со стороны консультантов.

McCord высказал предположение, что в терапевтической группе в целом результаты были хуже по сравнению с контрольной из-за того, что: (а) консультанты, навязывали мальчикам ценности своего среднего класса, что усложняло им дальнейшее функционирование в среде низшего сословия; (б) консультанты усиливали у мальчиков зависимость от них, не стимулируя способности самостоятельно справляться с проблемами; (в) из-за присутствия консультантов мальчики получали «ярлыки» трудных подростков и в свою очередь стремились оправдать эти ярлыки; г) консультанты стимулировали нереалистичные ожидания относительного успеха, приводя к разочарованию. Только последнее предположение получило эмпирическое подтверждение в анализе, проведенном с использованием сокращенной выборки. Члены терапевтической группы набрали больше баллов по ряду показателей разочарования своей нынешней жизненной ситуацией (McCord, 1981). В последнем анализе McCord показал, что пролеченные мальчики, которые группировались между собой в летних лагерях, функционировали хуже тех, кто не находился в таких лагерях. Более того, частота посещения летних лагерей ассоциировалась с более неблагоприятными результатами у пролеченных мальчиков (по сравнению с контрольной группой нелеченных). Это свидетельствует о том, что предоставление трудным подросткам возможности взаимодействовать друг с другом усиливает неблагоприятные последствия (Dishion *et al.*, 1999).

В дошкольном возрасте

Webster-Stratton (1998) занимался обучением учителей и родителей детей, участвовавших в программах дошкольного обучения «Head Start» («Хорошее начало»). Исходя из последствий проблемного поведения у детей это исследование можно рассматривать как частично успешное, поскольку по данным отчетов наблюдателей уровень проблемного поведения у детей умеренно снизился, однако по данным отчетов матерей и учителей изменений не отмечалось.

Девять центров методом случайного распределения были разделены на экспериментальную (в которой проводилось вмешательство) и контрольную группы. Четыреста двадцать шесть семей прошли первоначальную (исходную) оценку — 296 в экспериментальной группе и 130 в контрольной. Многие из включенных в исследование семей имели низкий уровень доходов. Некоторые матери в выборке родили первого ребенка в подростковом возрасте, в прошлом злоупотребляли психоактивными веществами и/или страдали депрессией, некоторое время проживали со своими детьми в приюте, в детстве подвергались физическому/сексуальному насилию, вовлекались в криминальное поведение, жестоко обращались с собственными детьми или не заботились о них.

Вмешательство состояло из 8–9-недельной программы обучения родителей в групповом формате (от восьми до 16 родителей), которые встречались еженедельно на два часа, чтобы обсудить видеозаписи, моделирующие навыки воспитания. Групповые дискуссии проводили обученный сотрудник и руководитель персонала, занимающегося вопросами воспитания в клинике. Особое значение придавалось решению проблем, приобретению новых навыков и поддержке. Чистоте вмешательства способствовали: использование терапевтических руководств; видеозапись работы групп родителей для дальнейшего просмотра руководителем проекта; еженедельный контроль / обратная связь лидеров групп и комплексные методы обучения.

Дополнительно обучали учителей, предлагая им для просмотра те же видеозаписи, что и родителям. Цель обучения заключалась в том, чтобы облегчить учителям управление классом в соответствии с методами, которым научались родители. Ожидалось, что учителя в условиях школы будут поддерживать или даже оказывать содействие усилиям родителей. Акцент делался также на эффективных стратегиях управления поведением в классе (например, четкие правила, положительная обратная связь). Степень, до которой учителя использовали эти варианты поведения, не подвергалась систематической оценке.

При последующем длительном (в течение одного года) наблюдении над выборкой различий в проблемном поведении между экспериментальной и контрольной группами (по сообщениям матерей и учителей) не было выявлено. Тем не менее следует отметить, что в обеих группах снизился уровень оцениваемой наблюдателями общей девиантности и неподчинения дома, но с незначительно более выраженным эффектом в группе, в которой применялось вмешательство. В экспериментальной группе по сравнению с контрольной было также обнаружено (по результатам оценок наблюдателей) улучшение поведения с положительными эмоциональными реакциями и редуцирование поведения с отрицательными реакциями. Кроме того, матери из экспериментальной группы по сравнению с матерями из контрольной группы более адекватно воспитывали своих детей (проявляли больше положительных эмоций, чаще использовали похвалу и положительное физическое поведение), демонстрируя менее отрицательные эмоции, были менее суровыми или критичными и проявляли больше компетентности в подчинении собственных детей установленному порядку. По данным самоотчетов матери из экспериментальной группы были менее жесткими и реже использовали недопустимые высказывания для наведения дисциплины, а также были более последовательными и склонными к использованию подходящих способов установления границ (по сравнению с матерями из контрольной группы).

Почему наблюдатели обнаружили редуцирование аверсивного поведения, а учителя и матери такой тенденции в отношении проблемного поведения не выявили? Это может быть связано с тем, что отношение матерей к поведению детей отставало от действительных изменений такого поведения. (В дополнительном катамнестическом исследовании можно было бы задать вопрос, как предположительно отношение матерей могло бы «догнать» реальные изменения поведения их детей.) С другой стороны, как предполагает Webster-Stratton, матери из контрольной группы, возможно, более неохотно сообщали об имеющихся у их детей нарушениях поведения, поскольку не считали, что это принесет пользу, тогда как матери из экспериментальной группы после участия в групповых дискуссиях могли чувствовать себя менее стигматизированными и более охотно сообщали о поведении своих детей. Webster-Stratton полагает, что изменения в проблемном поведении детей (по оценкам учителей) не были обнаружены из-за того, что: (а) обучение учителей было недостаточно продолжительным, чтобы редуцировать проявления экстернализованного поведения у детей, (б) учителя, возможно на основании их обучения, уже максимально способствовали просоциальному поведению детей и/или (в) базовый уровень экстернализованного поведения детей в классе мог быть слишком низким, чтобы можно было выявить его изменение. Тем не менее снижение (по оценкам наблюдателей) уровня проблемного поведения у детей, родители которых вошли в экспериментальную группу, а также положительные изме-

нения настроения у детей и методов воспитания у матерей являются многообещающими результатами этой программы профилактического вмешательства.

В ранней стадии развития

В проекте обучения грамоте (Clarke & Campbell, 1998) 111 младенцев при рождении в случайном порядке были распределены в две группы. В одной из них дети прошли пятилетнее дошкольное обучение в условиях детского центра, во второй никакой уход не предусматривался. Внимание было направлено на здоровых младенцев, родившихся в условиях бедности. Считали, что дети составляют группу риска субоптимального когнитивного развития вследствие ряда социальных и психологических факторов, включая низкий уровень образования родителей, низкий IQ родителей, недостаточную материнскую/семейную/социальную поддержку и др. (Campbell & Ramey, 1995).

Программа дошкольного образования реализовывалась в условиях детского центра. Вмешательство охватило четыре основные сферы: когнитивное и двигательное развитие, социальные навыки и навыки самопомощи, язык и основные физические навыки. В центрах были созданы условия для занятий творчеством, домоводством, для игр в кубики, развития тонких движений в руках, приобретения навыков письма и чтения. При обучении языку меньше внимания обращали на синтаксис и больше на практическое применение. Чтобы подготовить детей к чтению, проводилось также предварительное обучение звукам.

При поступлении в детский сад экспериментальную и контрольную группы поновому распределили для проведения трехлетнего вмешательства в школьном возрасте, однако данные об отдаленном эффекте опубликованы только для вмешательства, проводимого в дошкольный периид. Пятнадцать участников выбыли вследствие отсева в дошкольные годы (восемь — в экспериментальной группе, семь — в контрольной) (Campbell & Ramey, 1995). Тем не менее некоторые из них были включены в число 105 (54 из группы, в которой проводилось вмешательство, 51 из контрольной) для последующего катамнестического исследования спустя 13 лет (Clarke & Campbell, 1998).

Проводился анализ криминальности у испытуемых в возрасте 18 лет; существенных различий в показателях, полученных в экспериментальной и контрольной группах, не выявлено. Не было также групповых различий в проценте обвиненных в совершении минимум одного преступления, в количественном соотношении обвиненных в совершении конкретных преступлений (насилие, имущественные преступления, употребление наркотиков или другие обвинения), в среднем количестве всех обвинений, в среднем количестве конкретных обвинений, в среднем количестве всех арестов и среднем количестве специфических арестов. И это все несмотря на тот факт, что при катамнестическом исследовании через 15 лет выявили более высокий IQ, более высокие баллы в тестах на чтение, меньшее количество учеников, оставленных минимум один раз на повторный курс обучения, меньше случаев перевода на специальное обучение в экспериментальной группе по сравнению с контрольной (Campbell & Ramney, 1995).

В период беременности

Мы не обнаружили исследований, которые начинались бы с периода беременности и были неуспешными в отношении редуцирования проявлений дезорганизованного поведения. Фактически только два профилактических вмешательства начинали применять с периода беременности, затем проводились катамнестические исследования по изучению дезорганизованного поведения в подростковом возрасте и оба дали положительный эффект (см. табл. 16.1). Некоторые профилактические вмешательства были инициированы по отношению к беременным женщинам, особенно к забеременевшим в подростковом возрасте. При этом не проводилось катамнестическое исследование в отношении дезорганизованного поведения их детей, по-видимому, из-за того, что исследователи ставили перед собой другие цели. Эти исследования могли бы быть идеальными выборками, которые позволили бы проследить и в дальнейшем оценить эффективность ранних профилактических вмешательств при дезорганизованном поведении.

Предполагаемые механизмы: что и как действует?

Ответ на вопрос, что именно помогает, наверное, легче всего найти, если глубже изучить те эксперименты с профилактическими вмешательствами, которые привели к положительному результату. Конечно, в обоих исследованиях, проведенных в центрах «High/Scope», приводятся веские доводы в пользу долгосрочной эффективности применяемых в дошкольном возрасте вмешательств, сконцентрированных на когнитивном развитии. Причинно-следственное моделирование в исследовании дошкольных программ Перry показало, что благодаря дошкольному опыту непосредственно повысился IQ у испытуемых младшего детского возраста, что, в свою очередь, способствовало повышению мотивации на первом этапе обучения в начальной школе, затем достижению более высоких степеней образования, а в конечном счете это обусловило меньшее количество арестов в течение жизни и более высокие ежемесячные доходы в возрасте 27 лет (Schweinhart *et al.*, 1993). Эти данные расходятся с результатами проекта обучения грамоте, который не обнаружил разницы в уровнях криминальности между экспериментальной и контрольной группами в возрасте 18 лет несмотря на разницу IQ и менее выраженные трудности в школе в возрасте 15 лет (Clarke & Campbell, 1998). Campbell полагает, что неэффективность проекта обучения грамоте в снижении уровня криминальности в сравнении с проектом дошкольных программ Перry можно объяснить отсутствием в первом служб для родителей и/или различиями в более широком социальном окружении, в котором проводились эксперименты. Возможно, что для повышения уровня школьной мотивации, увеличения продолжительности пребывания в школе и снижения уровня криминальности следует распространить на домашнее окружение знания, приобретенные в дошкольном учреждении. Возможно, проект обучения грамоте еще продемонстрирует положительное влияние на уровень криминальности в экспериментальной группе, если оценку провести позже, в том же возрасте, что и в проекте дошкольных программ Перry (т. е. в 27 лет).

Установлено, что дополнительное включение посещений на дому играет важную роль в положительном влиянии на исход дезорганизованного поведения. Это подтверждают результаты других исследований, проводившихся на момент рождения или в ближайший период. Исследования, проведенные Seitz и коллегами (1985), а также Lally и коллегами (1988), показали, что дневная медицинская помощь в сочетании с посещениями на дому для улучшения навыков родителей может способствовать снижению уровня дезорганизованного поведения и делинквентности в будущем. Именно благодаря акценту на обучении родителей во время таких посещений на дому получены более благоприятные результаты. Обычные посещения без обучения родителей не влияли на делинквентность и дезорганизованное поведение (Stone *et al.*, 1988).

Профилактические вмешательства могут также редуцировать проявления дезорганизованного поведения, предупреждая объединение с девиантными сверстниками. Vitaro и коллеги (Vitaro *et al.*, 1999; Vitaro & Tremblay, 1994) в своем исследовании попытались найти ответ на вопрос, был ли положительный эффект профилактического вмешательства, наблюдавшийся в экспериментальной группе в Монреальском продольном экспериментальном исследовании, частично опосредован ослаблением связей с девиантными сверстниками. Они установили, что обучение родителей в сочетании с формированием социальных навыков у детей снизило уровень распространенности расстройства поведения в возрасте 13 лет в группе, в которой проводилось вмешательство; это частично было обусловлено редуцированием проявлений дезорганизованного поведения на момент завершения вмешательства (в 9 лет), что, в свою очередь, привело к присоединению к менее агрессивным сверстникам (по оценкам — в возрасте от 10 до 12 лет). Выработка социальных навыков у детей как компонент профилактического вмешательства этого исследования происходила в контексте группы сверстников, в которой соотношение просоциальных сверстников и мальчиков с дезорганизованным поведением составляло 3:1. Другие профилактические вмешательства, не обязательно содержащие этот компонент, также могут способствовать ослаблению связей с девиантными сверстниками, снижая вероятность отвержения обычными сверстниками и облегчая доступ к недевиантным сверстникам. Усиление надзора со стороны родителей (как следствие их обучения) может также приводить к более адекватному регулированию процесса выбора друзей ребенком, повышая вероятность его присоединения к группе недевиантных сверстников. Необходимо отметить, что группирование вместе проблемных детей во время проведения вмешательства может иметь противоположный эффект, т. е. облегчать установление связей с девиантными сверстниками, усиливая проявления девиантного поведения за счет процессов моделирования и подкрепления, особенно в тех случаях, когда в группе количество девиантных детей превышает количество детей без нарушений поведения (Dishion & Andrews, 1995; Dishion *et al.*, 1999) (см. выше).

По-видимому, в целом многокомпонентные вмешательства приводят к положительным результатам (Hawkins *et al.*, 1999; Tremblay *et al.*, 1995). К тому же более длительные вмешательства и начинающиеся в более раннем возрасте могут давать лучшие результаты при проблемном поведении, хотя это никоим образом не гарантировано. Некоторые долгосрочные вмешательства, начинавшиеся с момента рождения, не повлияли на проявления расстройства поведения (Stone *et al.*, 1988; Clarke & Campbell, 1998). Однако в целом вмешательства, начинающиеся в младшем возрасте и длящиеся дольше, могут быть более эффективными (Yoshikawa, 1994).

Текущие крупномасштабные эксперименты

В настоящее время осуществляется несколько крупномасштабных профилактических вмешательств по поводу расстройства поведения. Чтобы описать последние работы в этой сфере, мы кратко рассмотрим две из таких программ. Одно выделяющееся профилактическое вмешательство — проект «Fast Track» («Путь быстрых достижений») (Исследовательская группа профилактики нарушений поведения — Conduct Problems Prevention Research Group, 1992). В этом проекте универсальную программу комбинировали с одним из целевых вмешательств для детей из группы высокого риска. В начальных школах четырех городов США были отобраны дети из группы высокого риска, обусловленного бедностью и правонарушениями, подобраны по городам и в случайном порядке распределены в экспериментальную и контрольную группы. На протяжении пяти лет (начиная с первого класса) проводился курс обучения, осуществляемого учителями и сконцентрированного на развитии эмоциональных понятий, социального взаимопонимания и самоконтроля. Кроме того, с детьми из группы высокого риска (верхние 10% по показателям агрессивного, дезорганизованного и оппозиционного поведения — по оценкам учителей и родителей) проводились занятия по выработке социальных навыков, оказывалась помощь в усвоении навыков чтения и укреплении дружбы в классе (составление пар со сверстниками). Их родители участвовали в групповом обучении (чтобы облегчить установление положительных отношений «семья–школа» и обучить навыкам решения проблем, сдерживанию поведенческих реакций и самообладанию), дополняемом посещениями на дому (чтобы содействовать их самоэффективности и организации собственной жизни). Ожидается, что выборку будут наблюдать до раннего периода взрослости.

Начальные результаты универсального вмешательства указывают на то, что оно способствовало редуцированию нарушений поведения (по оценкам учителей), агрессии (по оценкам сверстников) и созданию более благоприятной атмосферы в классе (по оценкам наблюдателей) после первого года применения вмешательства (Coie, личное сообщение). Результаты, полученные для выборки высокого риска, показывают, что вмешательство к третьему классу способствовало (по оценкам родителей) редуцированию проявлений оппозиционно-агрессивного поведения и предупредило (по оценкам учителей) проявления дезорганизованного поведения, отмеченного в контрольной группе (Coie, личное сообщение). Сильной стороной этого исследования является оценка промежуточных переменных с тем, чтобы смоделировать процесс, посредством которого вмешательство может привести к ослаблению агрессивности. Предварительный анализ, например, подтверждает, что некоторые факторы, имеющие отношение к детям и родителям, обусловливают (хотя и умеренно) влияние вмешательства на нарушения поведения (по оценкам родителей и учителей) (Coie, личное сообщение; см. также Исследовательская группа профилактики нарушений поведения, 1999*a,b*).

Вторая программа профилактического вмешательства в настоящее время осуществляется в Онтарио (Канада) в рамках проекта «Лучшее начало — лучшее будущее» (Peters & Russell, 1996). В этом проекте универсальное профилактическое вмешательство проводится социальными службами в общинах повышенного риска (т. е. с высоким уровнем бедности, дезорганизацией) и оценивается отдельными исследовательскими подразделениями. Проект предусматривает использование моделей двух типов у детей разных возрастных групп. В первой модели дородовую программу и програм-

му развития новорожденных комбинируют с программой дошкольного обучения и применяют со времени внутриутробного развития детей до четырехлетнего возраста. Во второй модели дошкольная программа и программа начальной школы предназначены для детей от четырех до восьми лет. В проекте участвует 11 общин; восемь из них (включая четыре общины уроженцев Канады) используют дородовые/дошкольные программы, три — дошкольные/начальные школьные программы. Дети будут наблюдаться начиная с дородового периода или с четырех лет до 20 лет. Показатели эффективности охватят широкое разнообразие характеристик детей, семьи и общины.

Проект примечателен тем, что индивиды внутри общин после консультации с руководством проекта и группой исследователей будут сами отвечать за концептуализацию и реализацию профилактического вмешательства. Предполагается, что индивиды в общинах способны лучше оценить и таким образом определить потребности общины; благодаря этому участие в программе будет более интенсивным по сравнению с программами, построенными по принципу сверху вниз. С точки зрения плана один из главных недостатков данного проекта — участников не разделяют на экспериментальную и контрольную группы. Вместо этого будут проведены оценки до и после вмешательства в общинах, где реализуется вмешательство, в подобранных для сравнения общинах, а также в контрольных когортах, не получавших помощи в пределах общины, где применялось вмешательство.

Вопросы плана и реализации программ

Как следует из табл. 16.1, в большинстве профилактических экспериментов (17 из 20) испытуемых разделяли на экспериментальную и контрольную группы методом случайного распределения. Случайное распределение повышает вероятность того, что наблюдаемые изменения после завершения программы и по результатам катамнестического наблюдения можно объяснить вмешательством, а не другими переменными, которые в экспериментальной и контрольной группах могли различаться (непреднамеренно) в начале исследования. Кроме метода случайного распределения, некоторые исследователи также проводили измерения до начала использования вмешательства, чтобы быть уверенными, что группы сходны по важным показателям (например, исходное экстернализованное поведение, IQ) (Szapocznik *et al.*, 1989; Tremblay *et al.*, 1995) или по оценкам результата (например, Webster-Stratton, 1998). Проводимые до вмешательства измерения могут быть использованы как ковариаты или при расчете величины изменений (когда результат оценивается до вмешательства), чтобы удостовериться в том, что до оказания помощи группы были однородны.

Чтобы извлечь полную выгоду из плана профилактических экспериментов, необходима систематическая проверка гипотез относительно механизмов, обусловливающих развитие расстройства поведения. Переменные-медиаторы служат механизмом, посредством которого независимая переменная влияет на интересующую нас зависимую переменную, в этом случае — на расстройство поведения (Baron & Kenny, 1986). Ранние социальные и семейные характеристики, которые способны упреждать (как установлено ранее) развитие в дальнейшем расстройства поведения, можно выбрать в качестве мишени для вмешательства. Например, профилактическое вмешательство могло

бы сконцентрироваться на видоизменении сурового и непоследовательного воспитания, которое, как было показано ранее, прогнозирует в дальнейшем развитие расстройства поведения (Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984; Yoshikawa, 1994). В таком случае необходимо определить, в какой степени вмешательство влияет на ближайшую мишень, которая, по-видимому, играет посредническую роль (в нашем примере это степень, в которой родители реализуют недавно усвоенные методы воспитания). Значимая связь между изменением предполагаемый переменной-медиатора (например, положительные изменения стиля воспитания) и положительным результатом (положительная динамика расстройства поведения), равно как и значимое уменьшение силы связи между вмешательством и отдаленным результатом после внесения поправки на эффекты медиатора, служила бы подтверждением того, что вмешательство ответственно за изменение поведения благодаря влиянию на механизм-медиатор. В конечном счете это способствует совершенствованию теоретической модели развития расстройства поведения. Этот уровень анализа относительно редко встречается в профилактических экспериментах с расстройством поведения, за редким исключением (Coie, личное сообщение; Schweinhart *et al.*, 1993; Vitaro *et al.*, 1999). Таким образом, минимальное требование для будущих профилактических вмешательств — включать в расчеты не только ближайшие результаты, которые представляют интерес, но и предполагаемые переменные-медиаторы отдаленных результатов. Если вмешательство проводится, однако несмотря на это у детей продолжают наблюдаться проявления дезорганизованного поведения, методы воспитания только слегка улучшаются и дети, как и прежде, устанавливают связи с девиантными сверстниками, тогда может быть оправданным, или скорее необходимым, проведение дополнительного вмешательства. С другой стороны, вмешательство может влиять на предполагаемый медиатор при отсутствии влияния на отдаленный результат. С теоретической точки зрения такие результаты (см., например, Webster-Stratton, 1998) требуют более четкого уточнения моделей, связывающих переменные-медиаторы с отдаленными результатами.

Большое значение для результатов вмешательства имеет также оценка переменных-модераторов — личностных или контекстуальных характеристик, которые облегчают или препятствуют развитию расстройства. Переменные-модераторы точно определяют, когда эффекты произойдут, а когда нет (например, из-за неблагоприятного окружения), тогда как переменные-медиаторы указывают, как и почему такие эффекты происходят (Baron & Kenny, 1986). К числу переменных-модераторов можно отнести, например, социально-экономический статус, пол, возраст и уровень интеллекта. Измерение переменных-модераторов в начале вмешательства поможет определить специфические подгруппы, в которых окажется эффективным конкретное вмешательство (например, незамужние женщины с низким социально-экономическим статусом в Исследовании по изучению эффективности посещений на дому в Элмайре; Olds *et al.*, 1998).

Мнение о том, что переменные-модераторы у определенных индивидов способствуют повышению риска развития расстройства поведения, нашло отражение в разделении профилактических вмешательств на универсальные, избирательные и целевые. Судя по акценту на избирательных и целевых вмешательствах в табл. 16.1, влияние переменных-модераторов учитывалось при планировании и реализации профилактических экспериментов. Низкий IQ, бедность, мать-подросток, отец-алкоголик, низкий вес при рождении и дополнительные социальные стрессоры были определены как фак-

торы, способствующие повышенному риску развития дезорганизованного поведения у потомства (Webster-Stratton, 1990). Подгруппам, для которых были характерны такие свойства, в программах уделялось особое внимание.

Заслуживают внимания и другие проблемы, касающиеся реализации профилактических вмешательств. Одиннадцать профилактических экспериментов, отраженных в табл. 16.1, включали вмешательства, осуществляемые в разных условиях (например, в школе и дома). Вмешательство, реализуемое в разных условиях, чаще приводит к более значительному эффекту, чем одинаковых условиях. В 11 из 20 профилактических экспериментов период вмешательства составил год и более. Ожидается, что более продолжительные вмешательства будут приводить к более значительному эффекту. Кроме того, период катамнестического наблюдения должен быть достаточно продолжительным, что позволит оценивать влияние на дезорганизованное поведение и на делинквентность в подростковом возрасте и в ранний период взрослости (Hawkins *et al.*, 1999; Olds *et al.*, 1998; Schweinhart *et al.*, 1993; Schweinchart & Weikart, 1997) и значительно пополнит наши знания о долгосрочном влиянии профилактических вмешательств на дезорганизованное поведение. В профилактических вмешательствах, описанных в табл. 16.1, отражены также (и выявлено значимое влияние) результаты в разных контекстах (школа, дом), с разных точек зрения (родители, учителя, наблюдатели, испытуемые) и в разных сферах функционирования (употребление алкоголя / психоактивных веществ, самооценка, сексуальность). Большинство перечисленных в табл. 16.1 вмешательств были нацелены на сравнение катамнестических выборок с выбывшими из исследования, чтобы быть уверенными в том, что результаты эксперимента не могут быть следствием разницы отсева (Hawkins *et al.*, Kellam *et al.*, 1994; Webster-Stratton, 1998).

Качество проведения профилактического вмешательства оценивалось только в нескольких из приведенных в табл. 16.1 экспериментов. Систематическая оценка качества реализации вмешательства исполнителями (например, терапевтами) (Szapocznik *et al.*, 1989), а также использование терапевтических руководств для того, чтобы быть уверенными, что вмешательство применяется в соответствии с концепцией и одинаково ко всем испытуемым и в разное время (Webster-Stratton, 1998), повышают внутреннюю валидность исследования. Измерение такого показателя, как степень использования испытуемыми определенных аспектов профилактической программы (например, процентное соотношение родителей, посещающих занятия по воспитанию), также имеет большое значение. И наконец, как отмечено выше, важна также оценка того, насколько родители реализуют представленные исследователями методы в повседневной жизни. Ни один из представленных в таблице экспериментов не включал в исследование оценку этого показателя реализации приобретенного опыта.

В эксперименты, разработанные для профилактики дезорганизованного поведения, следует включить ряд других характеристик плана. Случайное распределение персонала, который исследует испытуемых или когорты, гарантирует, что эффект вмешательства нельзя приписать определенному сотруднику или отношениям между определенным сотрудником и испытуемым, а только лишь самому вмешательству. Более того, оценка характеристик сотрудника позволит уточнить те его качества, которые ассоциируются с положительным результатом. Эти более сложные особенности плана, вероятно, не будут использоваться до тех пор, пока мы не продемонстрируем стабильное положительное влияние на дезорганизованное поведение и не идентифицируем компоненты вмешательства, которые оказывают влияние.

Выводы

Доступные на сегодняшний день данные, рассмотренные в этой главе, свидетельствуют в пользу того, что развитие расстройства поведения можно предотвращать: некоторые вмешательства действительно оказывают существенное положительное влияние на отдаленные последствия дезорганизованного поведения, включая экстернализованное, аверсивное, а также на делинквентность. Тем не менее необходимо учесть, что было выполнено только несколько длительных исследований по изучению эффективности профилактических вмешательств при расстройстве поведения. Современное поколение широкомасштабных экспериментов, посвященных профилактическим вмешательствам, обещает внести большую ясность в эту проблему, а также подтвердить/выявить медиаторы и модераторы отдаленных результатов профилактических вмешательств. И наконец, существует ряд профилактических вмешательств, проведенных для профилактики других (не дезорганизованного поведения) нарушений, которые можно использовать для оценки их влияния на дезорганизованное поведение и таким образом ускорить накопление знаний, необходимых для предупреждения расстройства поведения.

ЛИТЕРАТУРА

Andry, R.G. (1960). *Delinquency and Parental Pathology.* London: Methuen.

Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–82.

Bierman, K., Miller, C. & Stabb, S.D. (1987). Improving the social behavior and peer acceptance of rejected boys: Effects of social skill training with instructions and prohibitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 194–200.

Bovet, L. (1951). *Psychiatric Aspects of Juvenile Delinquency.* Geneva: World Health Organization.

Cabot, P.S. de Q. (1940). A long-term study of children: The Cambridge-Somerville Youth Study. *Child Development, 11,* 143–51.

Campbell, F.A. & Ramey, C.T. (1995). Cognitive and school outcomes for high-risk African-American students at middle adolescence: Positive effects of early intervention. *American Educational Research Journal, 32,* 743–72.

Carpenter, M. (1851). *Reformatory Schools for the Children of the Perishing and Dangerous Classes and for Juvenile Offenders* London: The Woburn Press (1968).

Clarke, S.H. & Campbell, F.A. (1998). Can intervention early prevent crime later — The Abecedarian Project compared to other programs. *Early Childhood Research Quarterly, 13,* 319–43.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavior Sciences* (Rev. Edn). New York: Academic Press.

Conduct Problems Prevention Research Group (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology, 4,* 509–27.

Conduct Problems Prevention Research Group (1999*a*). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 67,* 631–47.

Conduct Problems Prevention Research Group (1999*b*). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 648–57.

Dishion, T.J. & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 538–48.

Dishion, T.J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54,* 755–64.

Dolan, L.J., Kellam, S.G., Brown, C.H., *et al.* (1993). The short-term impact of two classroom based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology, 14,* 317–45.

Earls, P. (1986). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents. In G.L. Klerman, M.M. Weissman, P.S. Appelbaum & L.H. Roth (Eds.), *Psychiatry: Social, Epidemiologic, and Legal Psychiatry* (Vol. 5, pp. 123–52). New York: Basic Books.

Farrington, D.P., Ohlin, L.E. & Wilson, J.Q. (1986). *Understanding and Controlling Crime. Towards a New Research Strategy.* New York: Springer-Verlag.

Glueck, S.E. &: Glueck, E.T. (1934). *One Thousand Juvenile Delinquents: Their Treatment by Court and Clinic.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gordon, R. (1983). An operational definition of prevention. *Public Health Reports, 98,* 107–9.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J.A. Steinberg & M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders: A Research Perspective* (pp 20–6). Rockville· MD: Department of Health and Human Services.

Hart, H.H. (1910). *Preventive Treatment of Neglected Children· Correction and Prevention.* New York Amo Press & The New York Times 1971.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K.G (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153,* 226–34.

Hedges, L.V. & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-analysis* New York: Academic Press.

Jenkins, R.L. & Glickman, S. (1947). Patterns of personality organisation among delinquents. *The Nervous Child, 6,* 329–39.

Johnson, D. L. & Walker, T. (1987). Primary prevention of behavior problems in Mexican American children. *American Journal of Community Psychology, 15,* 375–85.

Kellam, S.G., Rebok, G.W., Ialongo, N. & Mayer, L.S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35,* 259–81.

Kolvin, I., Garside, R.F., Nicol, *et al* (1986). *Help Starts Here.* New York: Tavistock.

Lally, J.R., Mangione, P.L. & Honig, A.S. (1988). The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In D.R. Powell (Ed.), *Advances in Applied Developmental Psychology: Parent Education as Early Childhood Intervention: Emerging Directions in Theory, Research, and Practice* (Vol. 3, pp. 79–104). Norwood, NJ: Ablex Publishing.

Lipton, D., Martinson, R. & Wilks, J. (1975). *The Effectiveness of Correctional Treatment: A Survey of Treatment Evaluation Studies.* New York: Praeger.

Lochman, J.E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 426–32.

Lochman, J.E., Coie, J.D., Underwood, M.K. & Terry, R. (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 426–32.

McCarton, C.M., Brooks-Gunn, J., Wallace, I.E., *et al.* (1997). Results at age 8 years of early intervention for low-birth-weight premature infants. The Infant Health and Development Program. Journal *of the American Medical Association, 277,* 126–32.

McCord, J. (1978). A thirty-year follow-up of treatment effects. *American Psychologist, 33,* 284–9.

McCord, J. (1981). Consideration of some effects of a counseling program. In S. E. Martin, L. B. Sechrest & R. Redner (Eds.), *New Directions in the Rehabilitation of Criminal Offenders* (pp. 394–405). Washington, DC: National Academy of Sciences.

McCord, J. (1992). The Cambridge–Somerville Study: A pioneering longitudinal experimental study of delinquency prevention. In J. McCord & R.E. Tremblay (Eds.), *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence* (pp. 196–206). New York: Guilford Press.

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* Washington, DC: National Academy of Sciences.

Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Jr., *et al.* (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association, 278,* 637–43.

Olds, D., Henderson, C.R., Jr., Cole, R., *et al.* (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 280,* 1238–44.

Patterson, G.R. & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development, 55,* 1299–307.

Peters, R.D. & Russell, C.C. (1996). Promotmg development and preventing disorder: The Better Beginnings, Better Futures Project. In R.D. Peters *Si* R.J. McMahon (Eds.), *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency* (pp. 19–47). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pitkanen, L. (1969). A descriptive model of aggression and nonaggression with application to children's behaviour. *Jyvaskyla Studies in Education, Psychology, and Social Research* (No. 19). Jyvaskyla, Finland: University of Jyvaskyla.

Quetelet, A. (1833). *Research on the Propensity/or Crime at Different Ages,* 2nd edition. Bruxelles: M. Hayez.

Robins, L.N. (1966). *Deviant Children Grown* Up. Baltimore: Williams & Wilkins.

Robins, L.N. (1992). The role of prevention experiments in discovering causes of children's antisocial behavior. In J. McCord & R.E. Tremblay (Eds.), *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth to Adolescence.* New York: Guilford Press.

Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (Eds.). (1981). *Education, Health and Behavior.* Huntington, NY: R.E. Krieger Publishing Company.

Schweinhart, L.L., Barnes, H.V & Weikart, D.P (1993). *Significant Benefits The High/Scope Perry School Study through age 27.* Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Schweinhart, L.L. & Weikart, D.P. (1997) *Lasting Differences: The High/Scope Preschool Curriculum Comparison Study through age 23* Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 12. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Seitz, V., Rosenbaum, L.K. & Apfel, H. (1985). Effects of family support intervention: A ten-year follow-up. *Child Development, 56,* 376–91.

Shaw, C.R. & McKay, H.D. *(1942). Juvenile Delinquency and Urban Areas.* Chicago: University of Chicago Press.

Stone, W.L., Bendell, R.D. & Field, T.M. (1988). The impact of socio-economic status on teenage mothers and children who received early intervention. *Journal of Applied Developmental Psychology, 9,* 391–408.

Strayhorn, J.M. & Weidman, C. (1991). Follow-up one year after parent–child interaction training: Effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 138–43.

Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., *et al.* (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 571–8.

Tonry, M., Ohlin, L.E., Farrington, D.P., *et al.* (1991). *Human Development and Criminal Behavior: New Ways of Advancing Knowledge* New York: Springer-Verlag.

Tremblay, R.E., Kurtz, L., Mâsse, L.C., Vitaro, F. & Pihl, R.O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 560–8.

Vitaro, F., Brendgen, M., Pagani, L., Tremblay, R.E. & McDuff, P. (1999). Disruptive behavior, peer association, and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. *Development and Psychopathology, 11,* 287–304.

Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (1994). Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22,* 457–75.

Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology, 19,* 144–9.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthenmg parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 715–30.

Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115,* 28–54.



17

Экономическая оценка и поведенческие расстройства

Martin Knapp

Введение

Затраты и результаты

Расстройство поведения в раннем детстве может приводить к школьной неуспеваемости, неудовлетворительным отношениям со сверстниками и правонарушениям в подростковом возрасте. Оно может серьезно нарушать процесс развития человека и его социальное функционирование. Многие дети с расстройством поведения во взрослой жизни имеют психические расстройства и другие медицинские проблемы, включающие «фобии, тяжелые депрессивные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрению, паническое расстройство, маниакальные эпизоды и соматизированное расстройство» (Maughan & Rutter, 1998). У таких людей также отмечается более высокий риск нарушения социального функционирования, более частое употребление алкоголя и других психоактивных веществ, безработица, разводы, криминальное поведение и пребывание в местах заключения.

Каждое из этих часто встречающихся последствий расстройства поведения в детстве и зрелом возрасте связано с личными и общественными издержками: существуют потенциальные потери (издержки) для человека, страдающего расстройством поведения, это касается также его семьи и более широкого общественного круга. Некоторые из этих издержек являются прямыми экономическими затратами, а другие — косвенными. Лечение или другие вмешательства, направленные на преодоление состояний или расстройств, лежащих в основе этих личных и общественных проблем, дорогостоящие в связи с необходимостью оплаты труда персонала, содержания помещений для специализированных учреждений и других ресурсов для оказания помощи и ухода.

Конечно, лечебные и другие вмешательства, которые специалисты применяют для оказания помощи детям и их семьям, обычно дают благоприятные результаты: уменьшают частоту антисоциальных проявлений, улучшают отношения со сверстниками и индивидуальное развитие, снижают вероятность возникновения социальных и личных проблем в зрелом возрасте и т. д. Различные вмешательства, применяемые медицинскими и другими организациями, могут оказывать различные эффекты. Экономическая оценка характеризует связь между этими эффектами (или исходами) и затратами на их достижение.

Стремление понять эту связь объясняется тем, что ресурсы, предназначенные для удовлетворения потребностей детей и семей, ограниченные по сравнению с запросами на такие виды помощи. Именно эта ограниченность ресурсов заставляет проводить экономическую оценку. В любой ситуации (при недостаточности ресурсов или услуг) необходимо выбирать между разными вариантами их использования, и выбор или распределение не всегда можно оставлять на произвол законов свободного рынка. Остается ли потребность в экономической оценке в латентном состоянии или имеет вид сформулированного запроса, в значительной степени зависит от стратегического контекста. Действительно, стратегические подходы, в рамках которых оцениваются и решаются проблемы психического здоровья детей и подростков, а также более широкие социальные, политические и экономические аспекты оказывают большое влияние на практическую деятельность (кто какое лечение получает), ее эффективность и ее стоимость. Так происходит всегда, но иногда необходимо изменить стратегию для того, чтобы привлечь внимание к этому факту. Современные реформы и другие политические инициативы во многих странах показали, как изменение условий влияет на характер и уровень потребностей, на возможности и желание лиц, оказывающих помощь, удовлетворять эти потребности, на эффективность услуг с точки зрения результатов для ребенка и семьи и на затраты для достижения таких результатов. Два примера из США и Великобритании показывают, как экономические вопросы повысили интерес к политическим и медицинским проблемам.

Регулируемая медицинская помощь

В Соединенных Штатах в последние годы основные изменения связаны с развитием «регулируемой медицинской помощи» («managed care»), которое стало возможным главным образом благодаря тому, что затраты на оказание психиатрической помощи, которые несли работодатели и другие финансирующие организации, росли быстрее, чем возможности плательщиков (Dorwart, 1990; Frank *et al.*, 1991). Например, среди населения в возрасте до 18 лет количество госпитализаций в психиатрические учреждения только за период 1980–1984 гг. возросло более чем в четыре раза (Scherl, 1985). Схемы материального стимулирования, свойственные многим договорам медицинского страхования, несомненно, поставили детей в более строгие рамки, чем это было, по-видимому, необходимо (Behar, 1985; Prank & Dewa, 1992; Knitzer, 1982); также ощущалось давление других финансирующих сторон (работодателей и правительства), требовавших сократить длительность пребывания в стационарах (Patrick *et al.*, 1993). Ожидалось, что обнаружение эффективных с точки зрения затрат альтернатив стационарному лечению снизит общие затраты без ухудшения результатов. Вызывала также озабоченность фрагментация системы оказания помощи (Bickman *et al.*, 1996; Fairfield *et al.*, 1997).

Общие затраты на медицинскую помощь конкретной группе населения можно выразить простой формулой, состоящей из пяти элементов:

Затраты = количество людей, нуждающихся в помощи
× на процент лиц, обратившихся за помощью (выражает актуальную потребность в лечении)
× на процент лиц, получающих лечение

× на объем полученной помощи
× на стоимость единицы оказанной помощи.

Регулируемую медицинскую помощь можно рассматривать как комплекс мероприятий, направленных на ограничение последних трех элементов этой формулы. Например, отбор при обращении за помощью и скрининговые (массовые) обследования могут сократить количество людей, принимаемых для обслуживания; контрольные проверки и практические методические рекомендации могут ограничить объем реально получаемой помощи, а согласованные решения при заключении контрактов снижают стоимость единицы помощи. Ведение случая заболевания улучшает координацию оказания услуг и повышает эффективность затрат. Данные из США, где регулируемая медицинская помощь получила самое большое распространение, остаются противоречивыми (Dickey, 1998; Kavanagh, 1997; Wells *et al.*, 1995), но это и неудивительно, учитывая большие различия в организации регулируемой медицинской помощи в разных штатах, а также в общественном и частном секторах (Unützer & Tischler, 1995). Споры в основном касались вопросов введения финансирования на количество обслуживаемого населения, выделения психиатрической помощи отдельным соглашением и необходимости контролировать деятельность лиц, занимающихся частной практикой (предпринимателей). Последние захватили большую часть рынка стационарной и других видов помощи (Friedman & Kutash, 1992). По данным Padgett и коллег (1993), средняя длительность лечения детей больше, чем взрослых (четвертый элемент формулы, приведенной выше), что усиливает давление со стороны заказчиков с целью снизить стоимость, а также поднимает вопросы спроса и контроля качества помощи со стороны поставщиков.

Регулируемая медицинская помощь ставит ряд этических вопросов. Специалист обязан оказывать или назначать конкретному пациенту наиболее эффективную помощь, но он также несет ответственность перед финансирующей стороной и/или налогоплательщиками за соблюдение экономических требований в масштабе всей системы оказания помощи (Sabin, 1994). Противоречия между этими двумя аспектами разрешить нелегко (Almond, 1995; Pomerantz, 1995). Неудивительно, что большинство споров в отношении регулируемой медицинской помощи касаются влияния затрат и их эффективности на то, кто получает какой объем какого вида помощи.

Оценка и удовлетворение потребностей

В Великобритании издавна существовала «регулируемая медицинская помощь» (хотя часто она так не называется) в виде Национальной системы здравоохранения (Fairfield *et al.*, 1997). Понимание важности затрат и, конечно, ограниченности ресурсов имеет более длительную историю. Последние организационные реформы показали, что необходимо более внимательно проанализировать экономические аспекты медицинской помощи и лечения. Создание в 1990-х годах так называемого «внутреннего рынка» в рамках Национальной системы здравоохранения вынудило высказываться гораздо определеннее в отношении затрат и ожидаемых последствий вмешательств. Даже если в контрактах между заказчиками и поставщиками услуг не устанавливались цены на те или иные вмешательства или не выделялась помощь детям и подросткам из общей медицинской помощи, все равно имела место достаточно большая ревизия принципов

финансирования системы здравоохранения, чтобы повысить уровень экономических знаний среди основных заинтересованных лиц внутреннего рынка.

Однако произошли важные события, которые заставили общественность проявить больший интерес к расстройствам поведения и вообще к проблемам психического здоровья детей и подростков. В частности, этому способствовали некоторые официальные документы, например отчет Комитета по здравоохранению палаты общин (the House of Commons Health Committee, 1997), отчеты Совета по вопросам здравоохранения (Health Advisory Service, 1995) и Контрольной комиссии (Audit Commission, 1999), а также многие научные исследования (см. ниже). Однако наибольшее значение имела растущая озабоченность населения преступностью, прогулами занятий в школе и антисоциальным поведением несовершеннолетних вообще. Издержки, связанные с преступностью несовершеннолетних в Англии, оценивались в один миллиард фунтов стерлингов ежегодно (Audit Commission, 1996), и неудивительно, что в 1997 году лейбористское правительство провозгласило приоритеты, которые включали совершенствование стандартов образования, более широкое участие молодежи в общественной жизни, а также снижение преступности.

Достичь этих важных стратегических целей в работе с совершеннолетними будет нелегко. Трудности, которые необходимо преодолеть как на общегосударственном, так и на местном уровне, выделены в упомянутых выше отчетах. Комитет по вопросам здравоохранения палаты общин (the House of Commons Health Committee, 1997) подчеркнул, что проблемы психического здоровья заняли ведущее место в концепции правительства консерваторов «Здоровье нации» 1992 года, но при этом проблемы детей и подростков конкретно не упоминались в формулировках целей. За два года до этого Совет по вопросам здравоохранения (Health Advisory Service, 1995) внес рекомендации по улучшению качества охраны психического здоровья детей и подростков, предложив программу, которая понравилась многим организациям, покупающим и оказывающим медицинские услуги. В более позднем отчете контрольной комиссии (Audit Commission, 1999) была приведена наиболее полная современная картина охраны психического здоровья детей и подростков в Англии и Уэльсе и создана база, на основании которой разработаны рекомендации не только в отдельности для служб здравоохранения, образования, социальных и других служб, но и в особенности для улучшения их координации.

Многие проблемы, которые существуют в Великобритании и описаны в упомянутых отчетах, имеют четкую экономическую направленность, но не в узком смысле финансового давления или заданных показателей, хотя это тоже имеет место, а в том, что они касаются таких ключевых моментов, как неудовлетворенные потребности в услугах; ограниченная доступность узких специалистов; недостаточная координация подходов к распределению полномочий учреждений здравоохранения, образования и социальной помощи; недостаточная координация служб на местах; низкая эффективность помощи в некоторых регионах и в целом неравенство в зависимости от региона; недостаточность данных об организации обеспечения систем обслуживания.

Экономика: предмет обсуждения и отрасль знания

Такие две точки зрения по этому вопросу (одна распространена в США, а другая — в Великобритании) свидетельствуют о растущем понимании важности экономичес-

ких вопросов в сфере охраны психического здоровья детей. Вообще существует естественная осведомленность в экономических вопросах, поскольку мы постоянно сталкиваемся с ними в повседневной жизни (например, заказ товаров и услуг), кроме того, эти вопросы освещаются в средствах массовой информации (например, бедность, безработица, планы правительства в отношении расходов и налогов, деятельность рынков). Фактически каждая из этих экономических тем затрагивается при обсуждении любых проблем психического здоровья детей и подростков, распространенности психических расстройств и оказания помощи: бедность связана с большей частотой таких расстройств детского возраста; безработица в зрелом возрасте более характерна для тех, у кого наблюдались расстройства детского возраста; решения правительства об уровне расходов существенно влияют на финансирование программ помощи; рыночный механизм играет существенную роль в распределении услуг здравоохранения, даже в так называемых государствах всеобщего благосостояния.

Хотя каждая из этих тем будет освещаться в этой главе ниже, важно обсудить роль экономики как отрасли знания. Экономическая наука начинается с признания основных проблем дефицита ресурсов, подчеркивает необходимость информированного выбора вариантов распределения этих ресурсов, определяет критерии выбора, предлагает методы оценки этих критериев и их применения. Экономическая оценка — это, по сути, измерение успеха, достигнутого экономической системой (или ее частью) в достижении критериев выбора или в более общем плане — в достижении личных и общественных целей, особенно когда нельзя полагаться на рынок, чтобы добиться эффективного распределения товаров и услуг. Иногда экономическая оценка обозначается более специальными терминами, такими как анализ эффективности затрат или анализ выгодности затрат, но, строго говоря, эти термины не являются взаимозаменяемыми.

Основная цель этой главы — охарактеризовать разные виды экономической оценки и обсудить их использование и преимущества в сфере охраны психического здоровья детей и подростков. Эта глава не может быть подробной инструкцией для проведения вашей собственной экономической оценки, но основные практические задачи, конечно, будут освещены. Однако основная цель — рассмотреть методы экономической оценки и некоторые возможности их использования.

В следующем разделе обсуждается вопрос ограниченности ресурсов в сфере охраны психического здоровья детей и подростков и последствия этого факта. Далее рассматриваются три основных критерия выбора и экономической оценки (идеальная эффективность, реальная эффективность и справедливость) и характер их взаимосвязи. Затем излагаются основные методы экономической оценки (анализ выгодности затрат и родственные методы) и принципы решения основных практических задач.

Потребности, услуги и ограниченность ресурсов

В отчете Совета по вопросам здравоохранения Великобритании (Health Advisory Service, 1995) предлагается простой стратегический подход, который выделяет четыре уровня обслуживания и связи или фильтры между ними. Первый уровень включает услуги специалистов, основная деятельность которых не обязательно связана с охраной психического здоровья, однако они влияют на то, чтобы потребности детей и подростков с нарушениями психического здоровья были выявлены и привлекли соответ-

ствующее внимание. Часто лучшей стратегией является помощь на первом уровне. Врачи первичного звена, социальные работники, специалисты школьной медицины и сотрудники полиции являются основными специалистами первого уровня звена. Выявив нарушения психического здоровья, например расстройство поведения, эти специалисты направляют ребенка и членов его семьи в специальную службу второго уровня (или следует создать такую службу в рамках рыночной системы). Второй уровень включает специалистов сферы охраны психического здоровья, школьных психологов и социальных работников, специализирующихся на работе с детьми, подростками и их семьями и работающих либо вне специальных стационаров, либо на специальных базах, таких как психиатрические больницы.

Некоторые дети и подростки будут нуждаться в более специализированной помощи в связи с редкостью, сложностью и объемом их потребностей. Это осуществляется на третьем и четвертом уровнях. Третий уровень включает мультидисциплинарные бригады, применяющие специфические лечебные методы (например, помощь при расстройствах пищевого поведения, при злоупотреблении психоактивными веществами, удовлетворение особых потребностей в обучении или защите детей). На четвертом уровне (сюда входят стационары, отделения в местах заключения и высокоспециализированные внебольничные учреждения, оказывающие помощь при отдельных видах расстройств) применяются высокоспециализированные вмешательства и виды помощи.

Если рассматривать эту четырехуровневую модель вмешательств как образец, становится понятно, что практика, применяемая не только в Великобритании, но и в других странах, не оправдывает надежд. Распространенность нарушений психического здоровья у детей и подростков исторически недооценивалась, и интерес к некоторым расстройствам в настоящее время фактически возрастает. Только небольшая часть нуждающихся в помощи действительно ее получает, и многие вмешательства, соответствующие выявленным потребностям, доступны в некоторых, но не во всех регионах. Лишь немногих детей с поведенческими нарушениями в Англии и Уэльсе осматривают психиатры или психологи (второй-четвертый уровни). Например, Cooper и Goodyer (1993) обнаружили, что в их исследовании ни одна из девочек с выраженными проявлениями депрессии не обращалась в специальные службы охраны психического здоровья. Существование разрыва между потребностями и реально получаемой помощью, который очевидно углубляется, подтвердили, например, Evans и Brown (1993), Light и Bailey (1993), Garralda (1994), а также Kurtz и коллеги (1995). Высокоспециализированные виды помощи (четвертый уровень) Комитет по вопросам здравоохранения палаты общин считает «фрагментарными и неадекватными» (House of Commons Health Committee, 1997, с. xiv), что подтверждает точку зрения Совета по вопросам здравоохранения:

> «Службы охраны психического здоровья для детей и подростков в основном не спланированы и исторически не определены. Их распределение бессистемное, они очень разнообразны по качеству обслуживания и структуре. Создается впечатление, что работа, которую они выполняют, по интенсивности и разнообразию не имела отношения к систематически оцениваемым местным потребностям. (1995, с. 11)

Подобная ситуация наблюдается не только в Великобритании. Costello и коллеги (1993) на основании данных своего обзора эпидемиологических и других исследований, проводившихся в США, пришли к заключению, что:

> «...хотя диагноз расстройства в соответствии с классификацией DSM устанавливается [формально] одному ребенку из пяти и, вероятно, у одного из десяти отмечается значи-

тельное нарушение функционирования, только один из двадцати получает какой-нибудь вид психиатрической помощи и только один или два из ста лечатся в специализированных психиатрических учреждениях... Доступность помощи значительно отстает от потребности». (1993, с. 1109)

Burns и коллеги обнаружили, что только 40% детей в возрасте 9, 11 и 13 лет с серьезными эмоциональными нарушениями «получали какой-нибудь вид психиатрической помощи в течение трех месяцев, предшествующих... интервью» (1995, с. 155); подобные проблемы распространены в разных странах (Fergusson *et al.*, 1993; Gureje *et al.*, 1994; Friedman & Kutash, 1992; John *et al.*, 1995).

Оценка распространенности поведенческих и других психических расстройств у детей и подростков представляет собой очень трудную задачу (см. Dunn, глава 3), но есть основания полагать, что этот показатель увеличивается, как следствие, усугубляется проблема относительной недостаточности ресурсов, необходимых для удовлетворения потребностей конкретных лиц. Wilkinson (1994) обнаружил, что с конца 1970-х годов значительно расширился спектр потребностей и социальных проблем в Великобритании: преступность несовершеннолетних, употребление психоактивных веществ, растворителей, проблемы детей, зарегистрированных в местных органах защиты детей, и маленьких детей, над которыми установлена опека, исключение из школ и случаи самоубийства среди детей и подростков. Во многих странах учащаются случаи депрессивных расстройств и самоубийств (Diekstra, 1995; Klerman & Weissman, 1989; Ryan *et al.*, 1992; Shaffer, 1988), а также расстройств поведения (Robins, 1986).

Естественно, культуральные, социальные и экономические перемены обусловливают увеличение распространенности некоторых расстройств. В Великобритании в течение 1979–1995 годов (Oppenheim & Harker, 1996) количество детей, живущих в условиях бедности, утроилось. Как показали результаты исследований, бедность семьи (или депривация в более общем смысле) коррелирует с уровнем благополучия ребенка и его семьи и с потребностями в медицинской и социальной помощи (Bebbington & Miles, 1989; Routh, 1994; Woodroffe *et al.*, 1993). Farrington и West (1990), как и другие авторы, обнаружили связь между бедностью в детском возрасте и правонарушениями в зрелом возрасте. Offord и соавторы (1992) сообщали о том, что дети из семей с низким уровнем доходов чаще страдают одним или несколькими психическими расстройствами, включая (по данным четырехлетнего катамнестического исследования) расстройство поведения. (Влияние уровня доходов оценивалось для группы детей, приближающихся к подростковому возрасту, но не для подростков.)

Другими словами, во многих странах отмечается разрыв между объемом предоставляемых услуг и выявляемыми потребностями в них. Ограниченность ресурсов определяет экономическую политику и зависит от местных условий. Например, почти все ресурсы, используемые для оказания помощи детям и их семьям, недостаточны по сравнению с установленной распространенностью расстройств. Конечно, относительную недостаточность можно несколько уменьшить за счет подготовки большего количества детских психиатров, более широкого привлечения социальных работников к обслуживанию детей и их семей или менее резкого сокращения количества стационарных коек, но для решения всех проблем требуется отвлечение огромных ресурсов из других сфер. Кроме того, существуют другие формы недостаточности ресурсов, которые, очевидно, реже оцениваются и с которыми не так легко справляться, потому что они не покупаются и не продаются на рынках и не имеют определенной цены. Однако

они могут существенно влиять на благополучие ребенка и семьи. В концептуальной схеме, помещенной ниже (см. раздел «Схема оценки»), они называются «нересурсными вкладами» и включают, например, издержки, связанные с отношениями ребенка с родителями, братьями и сестрами, школьным окружением, отношением населения к антисоциальному поведению и т. п.

Если ограниченность ресурсов является распространенным явлением, то разве плохо заниматься нормированным распределением? Возможно, правительства выделяют недостаточно денег для финансирования системы обслуживания детей и семьи? Не слишком ли ограничивают финансирующие организации средства на психиатрическую помощь детям и подросткам? Лежит ли ответственность за ограниченность ресурсов на врачах первичного звена, которые направляют слишком много детей в уже перегруженные специализированные службы? Является ли предшествующее сокращение средств на профилактику реальной причины сегодняшних трудностей? Или причина в школах, из которых исключают очень много трудных детей, а возможно, отделы социального обеспечения неадекватно удовлетворяют потребности в социальной помощи детей и семей в рамках своих собственных ресурсов? Может быть, основная проблема состоит в том, что население сохраняет нереалистичные ожидания в отношении успешной работы системы здравоохранения и других служб? Можно привести факты в поддержку каждого из этих взглядов, но мы рискуем отвлечь внимание от основного — ограниченность ресурсов всегда будет иметь место: потребности и спрос на вмешательства, нацеленные на поведенческие и психические расстройства у детей и подростков, почти всегда будут превышать имеющиеся возможности.

Критерии выбора и оценки

Вследствие ограниченности ресурсов должен быть выбор: как можно использовать ресурсы наилучшим образом? Какие критерии лучше использовать, принимая такие решения? Один из наиболее важных критериев, это действенность — свойство ресурсов повышать уровень здоровья и благосостояния детей и семей, — однако все больше внимания уделяется затратам на достижение таких результатов. Общее название критерия, который объединяет действенность и возможности ресурсов, — это эффективность. Третий важный критерий — это равенство или справедливость распределения, либо доступа к ресурсам помощи, либо бремени их финансирования, либо их воздействия на здоровье и качество жизни.

В настоящей главе рассматриваются эти три критерия. Эта тема выбрана, во-первых, потому, что действенность, эффективность и справедливость больше всего связаны с экономической оценкой, во-вторых, мы интуитивно ощущаем их значение — мы часто используем подобные критерии, распределяя наши собственные ресурсы, в-третьих, эти критерии лежат в основе социальной политики во многих странах. (Например, в декабре 1997 года правительство Великобритании еще раз акцентировало внимание на них в новой инициативе «Оптимальный подход» («Best Value») для местных государственных служб в Белых страницах, посвященных Национальной системе здравоохранения.) Между критериями часто существуют противоречия: повышение действенности до максимального уровня может не всегда соответствовать наибольшей

эффективности при использовании ресурсов, в то же время эффективность и справедливость могут иметь противоположную направленность. Кроме того, могут быть и другие критерии, которые необходимо учитывать, в частности автономию, свободу и разнообразие.

Действенность

Действенность в смысле достижения результата обычно определяется как повышение уровня благополучия, здоровья или качества жизни ребенка и семьи. Она может также определяться как процесс достижения операциональных или стратегических целей организации (например, в следующем году охватить услугами на 10% больше детей или предупредить применение более интенсивных вмешательств в тех или иных семьях). Требования к процессу оценки и к показателям действенности предъявляют все стороны: клиницисты и другие специалисты хотят знать, как влияют их вмешательства на проявления поведения и качество жизни; представителей правительства интересует, какова отдача от их инвестиций денег налогоплательщиков; фармацевтические компании стремятся продемонстрировать положительное влияние своих препаратов; семьи хотят удостовериться, что проблемы их детей решаются. Далее мы покажем, что в основном те же заинтересованные лица — клиницисты, чиновники, представители фармацевтических компаний и члены семей — все чаще требуют доказательств *эффективности* наряду с действенностью.

Оценка действенности является сложным процессом в связи с тем, что в дополнение к цели смягчения проявлений антисоциального поведения как такового цели системы обслуживания детей и подростков включают повышение качества жизни и уровня семейного благополучия, а эти понятия несколько расплывчаты. Известные причины этих трудностей мы еще раз обсудим в заключительной части этой главы, когда будем рассматривать измерение результатов экономической оценки. Такие трудности характерны не только для сферы охраны психического здоровья детей, они могут означать, что многие стратегические и практические решения затрудняются из-за существенного дефицита информации о действенности (а следовательно, и об эффективности, и о некоторых аспектах справедливости). Поэтому на практике подход к действенности часто должен основываться на оценке «промежуточных» показателей объема и качества услуг, а также возможного максимального количества обслуживаемых пациентов. Например, связь между качеством услуг и редуцированием симптоматики может быть (а может и не быть) достоверно установлена с помощью эмпирических исследований.

Экономисты обычно не используют какое-либо особое определение действенности или определение, отличающееся о того, которое употребляют представители других специальностей. В некоторых экономических оценках вообще не учитывается действенность (как это показано ниже), но в большинстве случаев специалисты пытаются комбинировать некоторые показатели действенности с показателями использования ресурсов (затрат). Это приводит нас к рассмотрению критерия эффективности.

Эффективность

Оценка эффективности объединяет показатели использования ресурсов и действенности. Фактически эффективность имеет много разных значений, но в основном дости-

жение эффективности предусматривает либо снижение затрат по достижении определенного уровня действенности, либо повышение уровня действенности при фиксированных затратах или ресурсах. Некоторые рассматривают эффективность как противоречивый критерий, однако большинство противоречий обусловлено тенденцией отдельных руководителей употреблять термин «эффективность» как эвфемизм для обозначения дешевизны и говорить о «повышении эффективности», когда речь идет о сокращении финансирования. Правильное понимание этого критерия должно способствовать его широкому применению, особенно в сочетании с критерием справедливости.

В экономических исследованиях критерий эффективности лежит в основе анализа выгодности затрат, эффективности затрат и полезности затрат, хотя мы увидим ниже, что при этом используются несколько различающиеся концепции эффективности. Представители власти, ответственные за наилучшее использование общественных ресурсов, как и многие другие, проявляют огромный интерес к оценке эффективности, однако состав заинтересованных лиц и спрос на самом деле довольно широкие. Например, руководители отделов здравоохранения и других служб общественного сектора или заказчики услуг точно так же рассматривают задачи распределения ресурсов, имеющихся в их распоряжении, с целью максимально удовлетворить потребности, а это означает оценку соотношения затрат и результатов при разных вариантах распределения ресурсов.

Справедливость

Принцип справедливости в вопросах использования или доступа к ресурсам либо распределения результатов может не соблюдаться, если острый недостаток ресурсов или необходимость (ограниченного) выбора или нормирования приводит к необдуманной погоне за тем, что может выглядеть как лучшая «цена при имеющихся средствах». Объективность, справедливость или право были, конечно, основополагающими принципами Национальной системы здравоохранения Великобритании 50 лет назад и остаются важными целями во многих странах и в настоящее время. Однако получено достаточно доказательств отрицательного влияния огромного (и увеличивающегося) разрыва в доходах и материальном достатке на здоровье и качество жизни детей и подростков (Roberts, 1997).

Можно выделить равенство по горизонтали и равенство по вертикали. Равенство по горизонтали — это одинаковая помощь при одинаковых состояниях. Лица с одними и теми же потребностями должны получать эквивалентный объем помощи или поддержки, а лица, имеющие одинаковые личные средства (например, доходы или материальный достаток), должны нести одинаковое бремя финансирования. Равенство по вертикали — это дифференцированное распределение видов помощи или результатов в зависимости от разных потребностей людей или дифференциация бремени финансирования, например прогрессивный налог. Если распространенность расстройства поведения выше в городских районах по сравнению с сельскими (Rutter *et al.*, 1975*a, b*), распределение ресурсов в рамках государственной системы здравоохранения должно *при прочих равных условиях* предусматривать большее финансирование городов. В большинстве случаев общественная система здравоохранения, наподобие британской, не должна характеризоваться такими большими различиями, которые обнаруживаются в настоящее время (Kurtz *et al.*, 1994). Постановка целей, направленных на удов-

летворение потребностей, — наиболее общий пример стремления к большей справедливости, и поэтому целесообразно поставить вопрос об эффективности, которая достигается при стремлении к справедливости, что обозначается термином «целевая эффективность» (Bebbington & Davies, 1983).

Схема оценки

Связи между тремя критериями распределения — действенностью, эффективностью и справедливостью — можно понять с помощью простой схемы, которая также отражает связи между этими критериями и теоретическими и эмпирическими конструктами, широко используемыми экономистами. Кроме того, она позволяет интерпретировать эмпирические показатели, связанные с этими и другими концепциями. Модель достижения благополучия (рис. 17.1) применялась в начале 1980-х годов в исследованиях социальной помощи пожилым людям (Davies & Knapp, 1981; Knapp, 1980), а также была предложена для использования в исследованиях социальной помощи детям (Knapp, 1979).

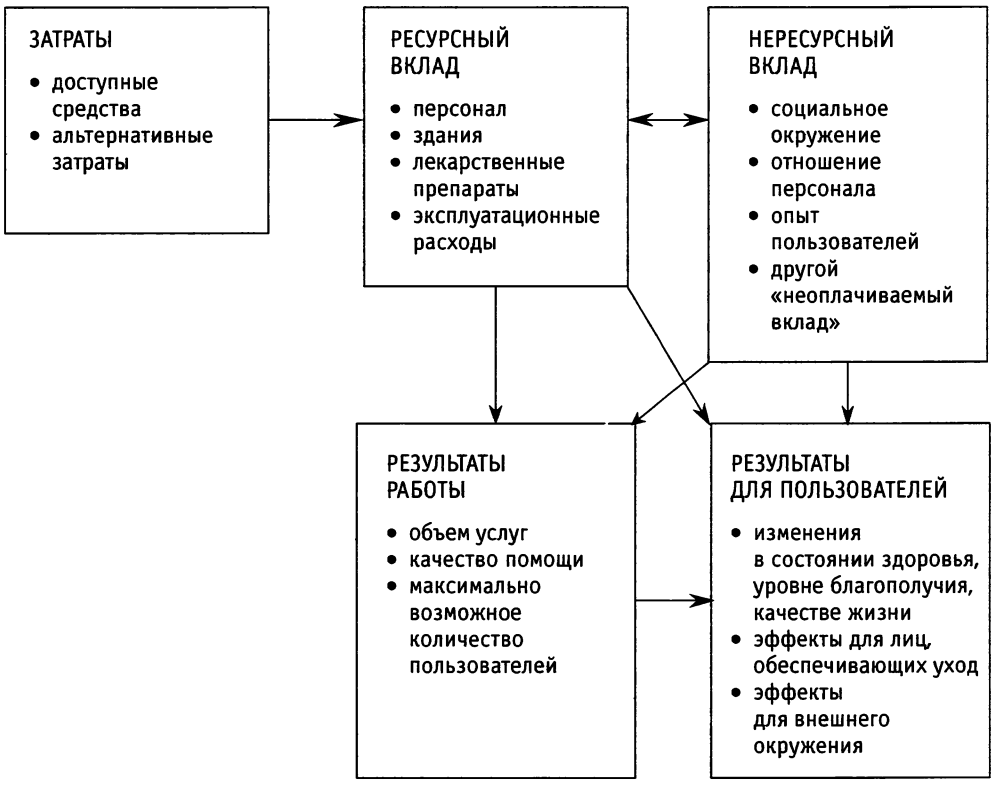


Рис. 17.1. Модель достижения благополучия

Ключевые элементы модели достижения благополучия следующие:

- Вклад ресурсов в лечение или в уход, в основном охватывающий работу специалистов и другого персонала, капитальные и эксплуатационные расходы, включая приобретение фармацевтических препаратов, например метилфенидата (риталин).
- Стоимость этих ресурсов в денежном выражении, другими словами, бюджет оказывающего услуги агентства, который используется для приобретения ресурсов, плюс альтернативные затраты, охватывающие все ресурсы, независимо от того, имеют они стоимость или нет. Определение альтернативных затрат приводится ниже в этой главе.
- Нересурсный вклад в лечение или в уход; включает различные аспекты, которые влияют на достижение действенности и не имеют определенной стоимости, потому что они отсутствуют на рынке, а альтернативные затраты невозможно рассчитать рационально. Они не представляют собой ни результаты как таковые, ни ресурсы, приобретаемые за счет выделенного финансирования. Примерами являются биосоциальное влияние, неблагоприятное воздействие среды, культуральные ожидания, социальное окружение в учреждениях, отношение специалистов, оказывающих услуги, а также особенности детей и подростков, которым оказывается помощь (возраст манифестации расстройства, поведенческое расстройство в раннем возрасте, половая принадлежность, предшествующее лечение) (см., например, Maughan & Rutter, 1998).
- Промежуточные результаты; включают объем услуг, почти обязательно с требуемым качеством помощи, возможно, скорректированный с учетом характеристик детей и подростков, которым оказывается помощь (в соответствии с системой «casemix»), при этом учитывается сочетание вклада ресурсов и внересурсных источников.
- Окончательные результаты; сюда входят достигнутые изменения симптоматики, благополучия и качества жизни детей (и их семей в зависимости от контекста), измеряемые в соответствии с определенными стандартами или в сравнении с участниками контрольной группы. Окончательные результаты представляют собой четкие показатели эффективности. Их можно также определить как снижение уровня потребностей.

Модель достижения благополучия предполагает, что окончательные результаты психиатрических вмешательств будут зависеть («будут производными») от характера оказываемых услуг, от типа, уровня и сочетания задействованных ресурсов, от «социального окружения» в лечебном учреждении и от других нересурсных факторов. Этот основной предмет модели достижения благополучия не основывается строго на экономической теории, а является логическим выводом из теории и практики психологии, детской психиатрии и некоторых других дисциплин. Однако формализация связей между особенностями вмешательств, вкладом ресурсов и результатами для детей и их семей во многом заимствована из экономических теорий связей затрат и результатов, а также эмпирических исследований этих связей. Проводя подобные аналогии, можно выдвинуть гипотезы, подлежащие проверке, и использовать эмпирические инструменты некоторых разделов прикладной экономики, включая методы оценки, обсуждаемые в этой главе.

Анализ эффективности затрат и другие методы оценки

Рыночные механизмы распределения

Простейшая модель, изложенная в элементарном учебнике экономики, предполагает, что рынок работает достаточно хорошо, если обеспечивает эффективное распределение ограниченных ресурсов общества. Немногие рынки работают так хорошо, как описано в элементарном учебнике, однако часто можно полагаться на рынок, чтобы распределять товары и услуги достаточно справедливо с учетом многочисленных потребностей. Если это так, то потребность в экономических оценках затрат и результатов, связанных с альтернативным использованием ограниченных ресурсов, несколько уменьшается. Услуги системы охраны психического здоровья детей и подростков в Великобритании покупаются и оказываются в рамках внутреннего или условного рынка в условиях государственного сектора (в основном), и эти рыночные законы оказывают некоторое влияние на распределение (Parry-Jones, 1995; Subotsky, 1992). Законы рынка играют более важную роль в таких странах, как США, существенно влияя на то, кто получает, какие услуги и сколько они стоят разным сторонам (Bickman *et al.*, 1996; Padgett *et al.*, 1993). Однако трудно представить обстоятельства, при которых такие методы, как анализ эффективности затрат, не понадобятся в процессе принятия решений руководителями органов здравоохранения и связанных с ними систем в разных странах мира.

Методы оценки

Наиболее часто обсуждаемые и наиболее полезные методы экономической оценки — это анализ выгодности затрат и анализ эффективности затрат, но фактически существует очень немного разных подходов. Эти разные методы имеют несколько общих элементов, в частности понимание и измерение затрат, однако они различаются двумя основными признаками: (1) по-разному измеряют результаты и (2) вследствие этого применяются для решения в какой-то степени разных вопросов стратегии или практики.

Основная цель каждого метода экономической оценки — проверить эффективность использования ресурсов. Если при оценке сравниваются два разных вида помощи, ставится вопрос, дает ли один вид помощи лучшие результаты для детей и их семей по сравнению с другим с учетом соответствующих затрат. Если результаты обоих видов помощи оказались одинаковыми, решается вопрос экономики — является ли один вид помощи менее затратным, чем другой. Эти вопросы касаются эффективности и позволяют сравнивать разные учреждения, модели семейной поддержки или общегосударственные программы. Разные методы экономической оценки используют для сравнения эффективности в нескольких различных аспектах. Эти виды анализа эффективности отражают вопросы справедливости в отношении доступности и использования ресурсов и в достижении более высокого качества здоровья и уровня благополучия. Достигается ли повышение эффективности за счет менее справедливых подходов? Не нарушают ли новые политические подходы диспропорционально интересы групп населения, уже пребывающих в неблагоприятных условиях? Являются ли положительные эффекты нового вида помощи доступными только для детей и семей, которые скорее всего не рассматриваются как наиболее приоритетные для получения помощи?

В этой главе будут обсуждаться три метода оценки: анализ выгодности затрат, анализ эффективности затрат (и его недавно выделенный вариант — анализ последствий затрат) и анализ полезности затрат. В недавно переработанной и дополненной книге Drummond и соавторов (1997) приведен более глубокий анализ этих методов экономической оценки, и заинтересованные читатели могут обратиться к ней для более глубокого ознакомления с этими методами. Материалы по внедрению этих методов в сферу охраны психического здоровья можно найти, например, в работах Kavanagh и Stewart (1995), а также Yates (1994).

Анализ выгодности затрат

Анализ выгодности затрат (АВЗ) занимает особое место среди методов экономической оценки, потому что с его помощью определяют, насколько те или иные вмешательства, например вариант семейной терапии или помещение в стационар, выгодны для общества в самом широком смысле слова. АВЗ позволяет оценить все затраты и выгоды в одних и тех же единицах, обычно в денежных, и таким образом эти два показателя можно сравнивать непосредственно: если выгоды превышают затраты, результаты оценки с помощью АВЗ выразятся в рекомендациях проводить такие мероприятия (и наоборот). Другие методы оценки не могут дать таких практических результатов. При оценке двух или более альтернативных форм помощи или вмешательств различия выгодности затрат можно подсчитать и сравнить: вмешательство, в ходе которого выгоды превышают затраты на максимальную величину, будет считаться самым эффективным. Однако заметим, что в реальной жизни самое эффективное вмешательство может быть не выбрано, например, по соображениям справедливости идеологии, морали или политической необходимости.

Следует подчеркнуть, что анализ выгодности затрат направлен на оценку денежного выражения одного или нескольких окончательных либо промежуточных результатов. Он позволяет не просто сравнивать затраченные и сэкономленные средства в результате оказания помощи. Это был бы анализ возмещения затрат, который позволяет сравнивать два разных уровня расходов. Многие исследователи проводили анализ возмещения затрат, но ошибочно называли его анализом выгодности затрат. Без данных о результатах вмешательства оценка в большинстве случаев, конечно, не бесполезна, но ее значение для принятия решения уменьшается.

Несколько исследований были посвящены вопросу о том, как профилактические мероприятия снижают долговременные затраты правоохранительной системы и других систем. Является ли это анализом возмещения затрат или анализом выгодности затрат — вопрос спорный. Наиболее известно широкомасштабное исследование дошкольной программы Перри. Она включала детей в возрасте трех-четырех лет; по ее результатам испытуемые по достижении возраста 27 лет (по сравнению с контрольной группой, в которой вмешательство не проводилось) совершали меньше правонарушений, их реже помещали в специальные образовательные учреждения, они чаще имели постоянную работу и поступали в колледжи, получали более высокую зарплату, реже использовали социальную помощь, у них было меньше случаев подростковой беременности, они поддерживали лучшие отношения со сверстниками. Показатель возмещения затрат (по сравнению с контрольной группой) составлял 15000 долларов на одного ребенка по достижении возраста 19 лет (Schweinhart & Weikart, 1981), и чистая

выгода, которую оценивали в возрасте, когда испытуемым было 27 лет, составила почти 29000 долларов на человека (Barnett, 1985). По оценкам, на протяжении жизни испытуемых программа возвратила обществу 7,16 доллара на каждый затраченный доллар.

В другом известном исследовании программы педиатрического центра Yale (Yale Child Study Center Program), которое включало экономический компонент, Zeitz и соавторы (1985) сообщали о возмещения затрат в размере 20000 долларов на семью по достижении детьми 13-летнего возраста. Успеваемость и посещаемость школы у этих детей были лучше, у них отмечалось меньше нарушений поведения. В данном случае анализ тоже напоминал анализ выгодности затрат, хотя не все показатели результатов, использованные для (полной) оценки, приводились в денежном выражении. Несмотря на некоторые методологические ограничения, оба исследования (Perry & Yale) являются хорошими примерами довольно полной оценки как результатов, так и затрат.

Обычно нетрудно понять, почему так сложно правильно осуществить анализ выгодности затрат в такой области, как вмешательства по поводу расстройства поведения. Основные трудности возникают при попытках представить результаты в денежном выражении. Для этих целей экономисты разработали методы — например, опрос разных заинтересованных сторон о том, сколько бы они заплатили за достижение результатов разного уровня, и эти методы сейчас используются при проведении некоторых экономических исследований нарушений здоровья. Однако эти методы еще не применялись в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Анализ эффективности затрат и анализ последствий затрат

Анализ эффективности затрат (АЭЗ) проводится для того, чтобы убедиться, что ресурсы, предназначенные для оказания медицинской помощи детям с психическими нарушениями (или с одним конкретным расстройством, например с расстройством поведения), используются с максимальным эффектом. АЭЗ позволяет лицам, принимающим решения, выбрать одно из двух альтернативных вмешательств, доступных или предназначенных для конкретных групп пациентов:

- Если два варианта услуги или вмешательства имеют одинаковую цену, какой из них принесет больше выгоды в рамках имеющегося финансирования?
- Если два варианта признаны одинаково полезными в смысле воздействия на ребенка или на население, какой из них менее затратный?
- Если два варианта характеризуются разными затратами и разным воздействием, для какого из них соотношение эффективности и затрат будет лучшим?

При строгом соблюдении правил этого метода оценка АЭЗ касается одного измерения эффективности и результатом является соотношение затрат и эффективности. Например, оценка в рамках исследования, проводимого в условиях учреждения для пациентов с расстройством поведения, может включать измерения изменений антисоциального поведения, а для малолетних правонарушителей это может быть измерение эффективности в виде «количества месяцев без правонарушений». Из двух вмешательств более эффективным будет вмешательство с более низким соотношением затраты–эффективность (более низкие затраты на единицу улучшения результата). Распространение АЭЗ на многие измерения, что, безусловно, необходимо в такой сложной области, как расстройство поведения, иногда называется анализом последствий затрат (Drummond *et al.*, 1997).

В таком случае, чтобы рассчитать соотношение затраты–эффективность, с затратами сравнивают не один результат, а набор соответствующих показателей оценивают менее формально и сравнивают с затратами. Хотя этот метод оценки лишен простоты расчетов (и возможности непосредственного влияния на принятие решений), он выигрывает, поскольку позволяет оценить стратегии и практические меры, что больше соответствует повседневной реальности. Руководители, принимающие решения, должны проанализировать результаты такого анализа, при этом следует сравнивать разные показатели. Но этим руководители детской психиатрической службы занимаются каждый день, поэтому экономисты и другие исследователи должны чаще использовать такой метод.

Siegert и Yates (1980) оценивали три системы тренинга родителей по использованию методов социального научения детей с поведенческими расстройствами. Тридцать родителей методом случайного распределения были включены в группы индивидуального тренинга на дому или в кабинете психотерапевта, группового тренинга, в кабинете психотерапевта и в контрольную группу, в которой тренинг не проводился. Все три вида вмешательств «были одинаково эффективными в обучении принципам социального научения по улучшению воспитания детей» (с. 147). Семьи, включенные в данное исследование, отбирались не в психиатрических учреждениях или других агентствах, поведенческие расстройства у детей были не очень выраженными, к тому же сейчас методы тренинга выглядят менее интересно, чем видеокурс для тренинга родителей, созданный Webster-Stratton (1984), однако анализ эффективности затрат, проведенный Siegert и Yates, стоит изучить в отношении его методологии. В отличие от впечатляющей и признанной многими работы Webster-Stratton, исследователи формально оценивали эффективность затрат, а не просто декларировали их (сравн. Webster-Stratton *et al.*, 1988). Подсчитывались все затраты, включая расходы семьи, и затраты сравнивались с разных точек зрения (для учреждения, для семьи, для общества).

Другой пример анализа эффективности затрат можно увидеть в работе Greenwood и коллег (1996). Они сравнили четыре метода профилактики, направленной на снижение риска возможных правонарушений: (а) визиты специалистов педиатрического профиля на дом до рождения ребенка, затем до двухлетнего возраста, а далее работа с детьми в дошкольном учреждении дневного пребывания до возраста четырех лет; (б) тренинг родителей и семейная терапия с привлечением детей школьного возраста; (в) проведение мероприятий (в течение четырех лет), стимулирующих окончание учебы, включая денежные выплаты; (г) наблюдение за подростками старшего школьного возраста. В каждом случае у испытуемых целевой группы отмечалось антисоциальное поведение (или — в первом случае — к группе высокого риска относились семьи). В каждой из четырех групп учитывались аресты за правонарушения, и эти показатели сравнивались (в штате Калифорния строгие санкции за повторные правонарушения). Все вмешательства, кроме (а), показали более высокую эффективность затрат, чем на содержание в местах заключения. В этом исследовании отмечались многочисленные методологические ограничения — неизбежное следствие метааналитического подхода, объединяющего данные разного качества из многих источников, однако оно представляет собой шаг вперед в дискуссии о профилактических мерах и об их экономических последствиях.

Анализ полезности затрат

Наиболее новый метод экономической оценки — это анализ полезности затрат (АПЗ). Он напоминает анализ эффективности затрат, за одним важным исключением, а именно он позволяет измерить и затем оценить воздействие вмешательства на основании не одного-единственного показателя эффективности (например, повторное правонарушение или изменение оценки поведения), а с учетом глобального показателя качества жизни, связанного со здоровьем ребенка. Этот глобальный показатель представляет собой оценочный инструмент и предназначен для объединения нескольких измерений эффективности. Затраты измеряются повторно по мере того, как используются очередные возможности, и в таком случае они представляют собой затраты на достижение зафиксированного уровня изменения качества жизни.

Наиболее часто используемым показателем «полезности» в литературе по экономике здравоохранения является число лет жизни с поправкой на качество жизни (the quality-adjusted life year — QALY). Этот показатель позволяет оценить длительность жизни с поправкой на качество жизни. Наиболее известным показателем качества жизни, связанного со здоровьем, является Европейская шкала качества жизни EuroQol или EQ-5D (EuroQol Group, 1990). Разработаны специальные коэффициенты для перевода показателей из сокращенного варианта (SF) 36 показателей качества жизни. Другие применяемые в настоящее время методы включают эквивалент «здоровых» лет жизни (healthy-year equivalents — HYEs) и число лет жизни с поправкой на ограничение жизнедеятельности (disability-adjusted life years — DALY), хотя эти показатели используются реже, чем QALY.

Анализ полезности затрат позволяет избежать потенциальной неопределенности комплексного показателя результатов. Его можно также рассматривать и как совершенствование одномерного показателя эффективности в мире, который обычно оценивается как имманентно многомерный. Сильной стороной этого подхода является то, что используемые для подсчета показателей «полезности» методы вполне понятны. Анализ полезности затрат можно применять, если приходится выбирать из нескольких методов лечения или диагнозов: он позволяет сравнивать состояние медицинской помощи в различных регионах. Это привело к созданию «сводных таблиц» затрат на увеличение числа лет с поправкой на качество жизни. Однако существует опасность, что QALY или подобные показатели не будут учитывать сложность реальных жизненных ситуаций. Эти показатели наиболее полезны как дополнение к анализу эффективности затрат или к анализу последствий затрат.

Анализ полезности затрат начали применять в сфере здравоохранения в 1970-х годах и до сих пор его широко используют, однако в детской психиатрии до настоящего времени он не применялся.

Внедрение принципов в практику

Основные методы экономической оценки имеют общую цель при измерении затрат, если принимается точка зрения общества (как это делается обычно; см. ниже), которое значительно различается в отношении как прямых, так и косвенных затрат

(табл. 17.1). В оценку следует включать вклад каждого ресурса и все альтернативные затраты. Виды оценки явно различаются с точки зрения измерения результатов. Приходится решать многие проблемы, чтобы внедрить эти принципы экономической оценки в практические (и полезные) эмпирические исследования. Три проблемные области требуют особого внимания: измерение затрат, измерение результатов и длительность наблюдения.

Таблица 17.1. Экономические оценки: измерение затрат и результатов

Метод оценки	Измерение затрат	Измерение результатов
Анализ возмещения затрат	Всестороннее	Результаты не измеряются
Анализ эффективности затрат	Всестороннее	Только один результат
Анализ последствий затрат	Всестороннее	Несколько результатов
Анализ выгодности затрат	Всестороннее	Результаты в денежном выражении
Анализ полезности затрат	Всестороннее	Суммарный показатель полезности результатов

Измерение затрат

Во многих исследованиях по изучению расстройств поведения указывается на комплексный характер потребностей детей и соответственно на (возможное) использование услуг разного типа, что приводит к значительным затратам. Например, антисоциальное поведение требует мероприятий, которые связаны не только с системой здравоохранения, но и со школами, социальными агентствами, системой правоохранительных органов и т. д. Поэтому правильно проводимая экономическая оценка обычно должна отражать затраты и результаты всесторонне (или целенаправленно использовать отдельные показатели). Почти любая оценка в детской психиатрии должна исходить из интересов общества — охватывать самый широкий круг затрат и воздействий, а не только узкий круг медицинских услуг или только интересы ребенка и семьи. С самого начала многие организации могут оказывать помощь детям и подросткам с поведенческими расстройствами, и последствия действий этих организаций обычно вызывают широкий интерес у общественности. Учитывая, что разная подчиненность этих организаций является основной причиной некоторых организационных трудностей в этой сфере, узкий взгляд на эту проблему может привести к неправильным выводам. Так, в отчете Комитета по вопросам здравоохранения палаты общин Великобритании в отношении исключения детей из школы указывается:

> «Текущее положение дел, когда не предлагаются альтернативные формы образования для исключенных из школы детей, явно неудовлетворительное и может содействовать не уменьшению, а закреплению паттернов расстройства поведения и антисоциальных форм поведения. Такая ситуация также означает, что выгода, получаемая от лечения такими препаратами, как метилфенидат (риталин), не может быть полностью реализована» (1997, с. xiii).

Необходимы специальные способы учета и регистрации услуг, которыми пользуются дети и их семьи, чтобы рассчитать связанные с этим общие затраты. Это отдельная форма работы. Для сбора данных об использовании услуг создано множество практических инструментов. Один из них, разработанный Beecham и Knapp (1992), вначале использовался в конкретном многоцентровом комплексном исследовании, а в настоящее время его используют в большом количестве научных работ в Великобритании и в других странах. Этот инструмент называется «Перечень услуг, полученных клиентом» (the Client Service Receipt Inventory — CSRI). Второй шаг состоит в том, чтобы выразить расходы в определенных единицах и увязать их с полученными услугами. Оценка рентабельности использования ресурсов — это размер упущенной выгоды в связи с использованием ресурсов не в самой оптимальной форме. В этом состоит экономическая концепция «альтернативных затрат» (см., например, Knapp, 1993). Учитывая, что доступность всех ресурсов ограниченная, любой вид медицинской помощи или другого вмешательства может налагать альтернативные затраты, даже когда формально предоставляется бесплатно (например, использование труда волонтеров обычно влечет определенные затраты). Большая часть ресурсов, которые непосредственно задействованы в оказании услуг (например, время работы психолога, психиатра или социального работника, лекарственные препараты, оборудование и административные ресурсы), имеют рыночную стоимость — их покупают и продают в условиях рынка, где цены устанавливаются на основании спроса и предложения, даже если это не идеальный вариант. В идеальных условиях эти цены отражают альтернативные затраты на привлечение ресурсов. В реальных условиях цена одного часа работы специалиста семейной терапии, например, может отличаться от альтернативных затрат личного или общественного характера за один час работы этого специалиста, но прагматические соображения говорят, что эти цены обычно оптимальные в данных условиях (см. Bickman *et al.*, 1996; Drummond *et al.*, 1997, глава 4).

Beecham (1995) разработал общую методологию расчета затрат на определенные услуги разных специалистов в различных службах и многопрофильных учреждениях. Кроме определения затрат, связанных с «вкладом человеческих ресурсов» в оказание помощи, важно установить весь объем текущих и капитальных затрат, связанных с предоставлением услуг, включая административные и другие накладные расходы. В Великобритании ежегодно выходит справочник *Затраты на оказание медицинской и социальной помощи (Unit Costs of Health and Social Care)*, издаваемый отделом исследований персонала социальных служб (Personal Social Services Research Unit — PSSRU). В нем приводятся данные о стоимости многих медицинских и социальных услуг, а также рекомендации, как эти данные использовать для разных целей (Netten & Dennett, 1997). Например, в 1996–1997 годах затраты на одну педиатрическую койку составляли 237 фунтов стерлингов в день, на один час обслуживания клиента детской клинической психиатрической бригадой — 51 фунт стерлингов (и 258 фунтов стерлингов за час работы всей бригады или производственного совещания), один час работы социального работника с клиентом — 78 фунтов стерлингов, полный набор услуг для одного ребенка в коммунальном учреждении оценивался в 1538 фунтов стерлингов в неделю. Все эти затраты касаются общественного сектора. Все суммы, конечно, средние.

Много экономических оценок психиатрических служб для детей и подростков, а также пользователей этих служб (в настоящее время или в прошлом) проводится в объединении Института психиатрии и больницы Maudsley в Лондоне. В пилотном ис-

следовании десяти детей, направленных в эту больницу по поводу нарушений поведения (диагностированных как расстройство поведения), установлено, что в 1996–1997 годах общие затраты на лечение этого расстройства из расчета на один год в среднем составили 15000 фунтов стерлингов, включая амортизационные отчисления и социальные пособия (трансфертные выплаты). Распределение затрат отражено в табл. 17.2, в которой указан список агентств, участвующих в финансировании, и отражена закономерная потребность учета всех затрат, если мы хотим полностью понять значение нарушений психического здоровья. Затраты в этом пилотном исследовании также иллюстрируют потенциал значительных индивидуальных различий в затратах. У десяти обследованных детей и их семей ежегодные затраты колебались от 5411 фунтов стерлингов в одном случае до 40896 фунтов стерлингов в другом. Эти различия и их значение для методологии исследования обсуждаются ниже.

Таблица 17.2. Десять детей с расстройством поведения: затраты в течение года

Национальная система здравоохранения	£2469
Коммунальные социальные службы	£991
Коммунальные службы образования	£4754
Организации волонтеров	£56
(Всего: все прямые затраты)	(£8270)
Потеря работы родителями	£3925
Дополнительная домашняя работа	£538
Дополнительный ремонт в доме	£288
Амортизационные отчисления и социальные пособия	£2261
Общие затраты (включая амортизационные отчисления и социальные пособия) на одного ребенка	£15370

Источник: Knapp, Scott & Davies (1999)

Измерение результатов

При расстройстве поведения, как и в других областях детской и подростковой психиатрии, социальной помощи и образования, широко обсуждается вопрос об измерении результатов помощи. Большинство специалистов подчеркивают сложность этой задачи. Причины этой сложности, очевидно, известны, но стоит их повторить в связи с большим давлением разных заинтересованных лиц, требующих рассчитывать затраты или объем финансирования на основании данных о доказанной действенности. Эти причины следующие:

- Изменения в состоянии здоровья ребенка, его поведении, благополучии или качестве жизни иногда достигаются годами. Поэтому некоторые стратегические и практические цели напрямую связаны с влиянием на поведение в течение всей жизни и предусматривают учет отдаленных последствий.

- Эффективность фактически может достигаться замедлением отрицательных тенденций или усилением положительных. Поэтому ее трудно оценить без контрольных групп или установленных показателей нормы, поскольку будет происходить взросление и возникнут другие дополнительные эффекты (Maughan & Rutter, 1998). Это, в свою очередь, ставит вопросы о «дизайне» исследования и сравнимости разных учреждений, групп пользователей и форм организации помощи.
- Эффективность — это до некоторой степени субъективное понятие (медицинская и социальная помощь и образование, по определению экономистов, являются «товаром, реальную цену которого нельзя определить при покупке»), поэтому ее оценка должна основываться частично на опыте и на мнениях пользователей и их семей. Но пользователи по некоторым причинам могут не выражать свои истинные взгляды в связи со своими проблемами поведения, возрастными особенностями или отказываются это делать из-за принудительного характера лечения. Иногда члены семей тоже могут давать необъективные оценки: в таких случаях они не могут быть настолько незаинтересованными, как это желательно.
- При многих вмешательствах имеются «множественные клиенты» (например, ребенок и его семья; правонарушитель и его социальное окружение; подросток-инвалид и лица, обеспечивающие уход за ним). В этой связи возникает вопрос, в отношении кого должна оцениваться эффективность (или какой вес имеют разные точки зрения) и чье мнение об этой эффективности правильное и объективное.

При прочих равных условиях, чем больше и разнообразнее потребности ребенка, тем шире диапазон используемых услуг и тем больше количество показателей исходов, которые могут понадобиться, чтобы полностью оценить вклад помощи. Какие результаты являются значимыми, зависит от целей службы и программы. Точно так же как затраты обычно должны быть комплексными, измерение результатов также должно быть комплексным при (1) измерении изменений в состоянии здоровья и в благополучии в соответствующих сферах жизни человека и (2) измерении изменений уровня благополучия всех заинтересованных лиц.

Измерение результатов не будет дополнительно обсуждаться в этой главе, однако следует подчеркнуть, что экономисты должны внести в этот процесс существенный вклад. Речь идет о разработке суммарных одномерных показателей (обсуждались в разделе, посвященном анализу полезности затрат), об оценке выгодности затрат в денежном выражении (сложная проблема, хотя появились новые методы, открывающие новые перспективы в отношении других показателей), а также об оценке возмещения затрат (которая часто предпринимается без оценки других результатов и поэтому обычно неадекватна сама по себе), однако эта оценка чаще всего использовалась в детской психиатрии (в сфере профилактики нарушений поведения и преступности). Однако совершенно адекватную (и потенциально очень содержательную) экономическую оценку можно осуществить без анализа полезности, выгодности и возмещения затрат. Методы анализа эффективности затрат и анализа последствий затрат могут дать очень много, определяя показатели исходов, о которых больше знают исследователи неэкономического профиля, работающие в этой сфере. Поэтому в ближайшие годы в рамках клинических испытаний или других исследований, вероятнее всего, будут применяться методы анализа эффективности затрат и анализа последствий затрат.

Длительность периода наблюдений

Некоторые часто наблюдаемые последствия расстройств поведения детского и подросткового возраста отмечены в начале этой главы. Они хорошо очерчены в детской психиатрии и психологии. Например, Zoccolillo и коллеги (1992) рассматривали последствия расстройства поведения у детей с точки зрения нарушений социального функционирования в зрелом возрасте, в частности занятости, сексуальных (любовных) отношений, социальных взаимодействий и преступности; Maughan и Rutter (1998) обсуждали вопросы прерывности и непрерывности перечисленных и других признаков между детским и зрелым возрастом. Высказывается точка зрения, что некоторые поведенческие, социальные и экономические проблемы, связанные с расстройством поведения, передаются последующим поколениям. Получено много доказательств передачи проблем от одного поколения к другому и значения этих процессов для общественных структур поддержки и для затрат общества (Göpfert *et al.*, 1995; Robins & Rutter, 1990).

Эти потенциальные отдаленные последствия расстройства поведения настоятельно требуют осуществлять экономическую оценку, чтобы определить долговременные затраты и результаты, связанные с применением альтернативных услуг, методов лечения или стратегических подходов. Одна из проблем научных исследований — выбрать адекватную длительность изучения, поскольку слишком короткий период наблюдения может не позволить в полном объеме учесть затраты и результаты того или иного вмешательства, а при слишком длительном периоде наблюдения возникает риск выхода из исследования большого числа испытуемых, что, возможно, затруднит выявление причинных связей. Важное требование к экономической оценке состоит в том, что она должна четко продемонстрировать причинные связи: соотношение затрат и результатов не всегда можно сопоставить с определенным вмешательством или событием, не применив тщательно разработанной программы исследований.

Другое требование связано с признанием того, что более отдаленные предстоящие затраты и ожидаемые результаты могут не иметь такой ценности, как более близкие по времени затраты и результаты. Это характерно для оценки временного предпочтения большинством людей, и оценка, охватывающая многие годы, обычно требует выразить будущие затраты и результаты в понятиях настоящего времени, используя соответствующую процедуру статистического взвешивания.

Рассматривая нарушения здоровья с точки зрения отдаленных последствий, следует принимать во внимание третье соображение. Это проблема разницы во времени между затратами и появлением результатов: все выгоды от вмешательств в детском возрасте могут не проявляться в течение многих лет, что может вызывать разочарование финансирующей стороны. В ситуации, когда ресурсы особенно ограниченные, а результаты внимательно изучаются, еще труднее обосновать сегодняшние затраты в сферах, где в течение ближайших лет выгода не обнаруживается или она недостаточна. Даже при наличии убедительных доказательств связи затрат на лечение в детском возрасте с благоприятными результатами, наступающими в зрелом возрасте, — а доказательства относительно расстройства поведения, очевидно, еще не достигли такого уровня — с точки зрения политики может быть крайне важно продемонстрировать «окупаемость», чтобы обосновать выделение достаточных ресурсов для этой сферы.

Выводы

Как мы знаем, многие специалисты глубже понимают необходимость тщательной оценки экономических последствий (как ближайших, так и отделенных) нарушений психического здоровья у детей и подростков, особенно расстройства поведения. Большая необходимость в оказании медицинских, образовательных и социальных услуг делает совершенно нереальными для общества поиски выхода в условиях недостаточных ресурсов и плохой скоординированности действий. В странах с преимущественно негосударственной системой здравоохранения компании страхования здоровья скорее всего не будут готовы выплачивать значительные дополнительные средства для оказания помощи при расстройстве поведения, особенно учитывая частично совпадающую ответственность системы школьного образования и правоохранительных органов. Перед правительствами стран с государственной системой здравоохранения стоит много проблем, требующих одновременного решения, и политикам трудно объяснить населению повышение налогов. Но даже если эти заказчики услуг частного или общественного сектора здравоохранения захотят увеличить затраты на охрану психического здоровья детей и подростков, они одновременно будут искать пути повышения эффективности использования имеющихся ресурсов.

Дополнительные проблемы с использованием доступных ресурсов лечения и поддержки возникают в связи с увеличением некоторых потребностей в детском возрасте, а также с большим (и, очевидно, увеличивающимся) разрывом между потребностями и возможностями в отношении эффективных методов оказания помощи или вмешательств. Большие социально-экономические изменения, например участившиеся случаи разводов и появление неполных семей, а также проблемы, связанные с социальной изоляцией, частично являются причинами такой ситуации. Возросшие требования к системе также связаны с бóльшими ожиданиями со стороны населения, пользователей и их семей, а также со стороны специалистов, оказывающих услуги.

Поэтому повышается спрос на экономические оценки широкого ряда общественных и социальных услуг, включая медицинскую и социальную помощь, образование, работу правоохранительных органов, а также вопросы трудоустройства и социальной изоляции. Например, руководители, работающие в государственном и общественном секторах, требуют экономической оценки, которая бы обогащала информацией их стратегические решения или объясняла их. Агентства, оказывающие услуги (во всех секторах), хотят получить данные, которые помогут им повысить действенность и эффективность затрат в процессе их деятельности. Агентства, приобретающие услуги, хотят получить результаты, соответствующие их затратам или «оптимальным ценам», покупая услуги для населения.

Резко контрастирует с многочисленными различными запросами на определение экономических показателей очень малое количество завершенных исследований, посвященных методам лечения, оказания помощи или стратегическим подходам (Knapp, 1997; Utting, 1996). Costello и коллеги (1993) даже высказали мнение, что существует обратная зависимость между стоимостью услуг и вероятностью их экономической оценки: например, стационарная помощь в этом плане особенно обделена вниманием. Здесь возникает более конкретный вопрос о распределении затрат. Для небольшой группы детей и подростков затраты, связанные с их расстройствами и оказанием соответ-

ствующей помощи, особенно высоки по сравнению со средними затратами, потому что именно с этой группой связано диспропорционально большое число неудовлетворительных исходов. В исследованиях, посвященных вопросам экономики здравоохранения, очевидно, следует уделять особое внимание этим детям и их семьям, но не для того, чтобы исключить всех других, а чтобы случаи, которые больше всего заботят заказчиков услуг (финансирующие агентства) и руководителей, стали для них более понятными.

Экономические оценки не сопровождаются непреодолимыми техническими или практическими трудностями, следовательно, это не может быть причиной относительной редкости их применения в данной сфере. Вероятно, основные причины малого количества таких исследований заключаются в нежелании (до последнего времени) других специалистов приглашать экономистов для участия в исследованиях, а также в нехватке экономистов, способных и желающих в этом участвовать. Как свидетельствуют немногие завершенные исследования в этой области, выявлены интересные последствия затрат при разных типах вмешательств. Например, результаты метаанализа и данные обзоров литературы Tremblay и Craig (1995), а также Greenwood и соавторов (1996) показывают, что дополнительные вмешательства в подростковом и более раннем возрасте могут быть более эффективными в отношении снижения преступности с точки зрения результатов и затрат. Относятся ли эти (предварительные) данные к антисоциальному поведению вообще, пока не совсем ясно, и, конечно, существует много лечебных и других вмешательств при расстройстве поведения (как описано в других главах), для которых экономические оценки могут оказаться полезными. Приведем еще одну цитату из отчета Комитета по вопросам здравоохранения палаты общин:

> «Затраты, связанные с поведенческими расстройствами, как с точки зрения качества жизни лиц с расстройством поведения и окружающих их людей, так и с точки зрения ресурсов, необходимых для решения этой проблемы, высокие. Поэтому важно, чтобы помощь при расстройстве поведения была эффективной как в плане результатов, так и в плане затрат» (1997, с. xxiii).

ЛИТЕРАТУРА

Almond, R. (1995). Ethical managed care (letter). *Psychiatric Services, 46,* 410.

Audit Commission (1996). *Misspent Youth: Young People and Crime.* London: HMSO.

Audit Commission (1999). *Children in Mind: Child and Adolescent Mental Health Services* Abingdon: Audit Commission Publications.

Barnett, W.S. (1985). Benefit-cost analysis of the Perry Preschool Program and its policy implications. *Educational Evaluation and Policy Analysis, 7,* 333–42.

Bebbington, A.C. & Davies, B.P. (1983). Equity and efficiency in the allocation of the personal social services. *Journal of Social Policy, 12,* 309–30.

Bebbington, A.C. & Miles, J. (1989). The background of children who enter local authority care. *British Journal of Social Work, 19,* 349–68.

Beecham, J. (1995). Collecting and estimating costs. In M.R.J. Knapp (Ed.), *The Economic Evaluation of Mental Health Care* (pp. 61–82). Aldershot: Arena.

Beecham, J.K. & Knapp, M.R.J. (1992). Costing psychiatric options. In G. Thornicroft, C. Brewin & J. Wing (Eds.). *Measuring Mental Health Needs* (pp. 179–90). Oxford: Oxford University Press.

Behar, L. (1985). Changing patterns of state responsibility: a case study of North Carolina. *Journal of Clinical Child Psychology, 14,* 188–95.

Bickman, L., Guthrie, P.R., Foster, E.M., *et al.* (1996). *Evaluating Managed Mental Health Services: The Fort Bragg Experiments.* New York: Plenum Press.

Burns, B.J., Costello, E.J., Angold, A., *et al.* (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs, 14,* 147–59.

Cooper, P.J. &: Goodyer, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. I. estimates of symptom and syndrome prevalence. *British Journal of Psychiatry, 163,* 369–74.

Costello, E.J., Burns, B.J., Angold, A. & Leaf, P.J. (1993). How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1106–14.

Davies, B.P. & Knapp, M.R.J. (1981). *Old People's Homes and the Production of Welfare.* London: Routledge and Kegan Paul.

Dickey, B. (1998). Managed care for mental illness: the Massachusetts experience. *Mental Health Research Review, 5,* 33–7.

Diekstra, R.F.W. (1995). Depression and suicidal behaviours in adolescence: sociocultural and time trends. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial Disturbances in Young People.* Cambridge: Cambridge University Press.

Dorwart, R.A. (1990). Managed mental health care: myths and realities in the 1990s. *Hospital and Community Psychiatry, 41,* 1087–91.

Drummond, M.R., O'Brien, B., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes,* Second edn. Oxford: Oxford Medical Publications.

EuroQol (1990). EuroQol — a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy, 16,* 199–208.

Evans, S. & Brown, R. (1993). Perception of need for child psychiatry services among parents and general practitioners. *Health Trends, 25,* 53–6.

Fairfield, G., Hunter, D.J., Mechanic, D. & Rosleff, F. (1997). Managed care: origins, principles and evolution. *British Medical Journal, 314,* 1823–6.

Farrington, D.P. & West, D.J. (1990). The Cambridge study in delinquent development: a long-term follow-up study of 411 London males. In H.J. Kerner & G. Kaiser (Eds.), *Criminality: Personality, Behaviour and Life History.* Berlin: Springer-Verlag.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM–III–R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. Journal *of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1127–34.

Frank, R.G. & Dewa, C.S. (1992). Insurance, system structure, and the use of mental health services by children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 12,* 829–40.

Frank, R.G., Salkever, D. & Sharfstein, S. (1991). A new look at rising mental health insurance costs. *Health Affairs, 10,* 116–23.

Friedman, R.M. & Kutash, K. (1992). Challenges for child and adolescent mental health. *Health Affairs, 11,* 125–36.

Garralda, M.E. (1994). Primary care psychiatry. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.). Child *and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (pp. 1055–70). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Göpfert, M., Webster, J. & Seemen, M.V. (1995). *Disturbed Mentally ill Parents and their Children.* Cambridge: Cambridge University Press.

Greenwood, P.W., Model, K.E., Rydell, C.P. & Chiesa, J. (1996). *Diverting Children from a Life of Crime: Measuring Costs and Benefits.* Santa Monica: RAND.

Gureje, O., Omigbodun, O.O., Gater, R., Acha, R.A. & Ikuesan, B.A. (1994). Psychiatric disorders in a paediatric primary care clinic. *British Journal of Psychiatry, 165,* 530–3.

Health Advisory Service (1995). *Child and Adolescent Mental Health Services: Together We Stand.* London: HMSO.

House of Commons Health Committee (1997). *Child and Adolescent Mental Health Services.* Fourth Report, Session 1996–97, HC 26–I. London: HMSO.

John, L.H., Offord, D.R., Boyle, M.H. & Racine, Y.A. (1995). Factors predicting use of mental health and social services by children 6–16 years old: Findings from the Ontario Child Health Study. *American Journal of Orthopsychiatry, 65,* 76–86.

Kavanagh, S.M. (1997). Purchasers, providers and managed care: developments in the mental health market place. *Current Opinion in Psychiatry, 10,* 153–9.

Kavanagh, S.M. & Stewart, A. (1995). Economic evaluations of mental health care. In M.R.J. Knapp (Ed.), *The Economic Evaluation of Mental Health Care* (pp. 27–60). Aldershot: Arena.

Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association, 261,* 2229–35.

Knapp, M.R.J. (1979). Planning child care from an economics perspective. *Residential and Community Child Care Administration, 1,* 229–48.

Knapp, M.R.J. (1980). Production relations for old people's homes. PhD thesis, University of Kent at Canterbury.

Knapp, M.R.J. (1993). Background theory. In A. Netten & J.K. Beecham (Eds.), *Costing Community Care: Theory and Practice.* Aldershot: Ashgate.

Knapp, M.R.J. (1997). Economic evaluations and interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 3–25.

Knapp, M.R.J., Scott, S. & Davies, J. (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children: a pilot study of economic and family impact. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 4,* 457–73.

Knitzer, J. (1982). *Unclaimed Children.* Washington, DC: Children's Defense Fund.

Knitzer, J. (1993). Children's mental health policy: challenging the future. *Journal of Emotional and Behavioural Disorder, 1,* 8–16.

Kurtz, Z., Thornes, R. & Wolkind, S. (1994). *Services for the Mental Health of Children and Young People in England: A National Review.* London: South West Thames RHA.

Kurtz, Z., Thornes, R. & Wolkind, S. (1995). *Services for the Mental Health of Children and Young People in England: Assessment of Needs and Unmet Need.* London: South West Thames RHA.

Light, D. & Bailey, V. (1993). Pound foolish. *Health Service Journal,* 11 February, 16–18.

Maughan, B. & Rutter, M. (1998). Continuities and discontinuities in antisocial behaviour from childhood to adult life. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1–47). New York: Plenum Press.

Netten, A. & Dennett, J. (1997). *Unit Costs of Health and Social Care 1997.* Personal Social Services Research Unit, University of Kent at Canterbury.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y.A., *et al.* (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 916–23.

Oppenheim, C. & Harker, L. (1996). *Poverty: The Facts.* London: Child Poverty Action Group.

Padgett, D.K., Patrick, C., Burns, B.J., Schlesinger, H.J. & Cohen, J. (1993). The effect of insurance benefit changes on use of child and adolescent outpatient mental health services. *Medical Care, 31,* 96–110.

Parry-Jones, W.L. (1995). The future of adolescent psychiatry. *British Journal of Psychiatry, 166,* 299–305.

Patrick, C., Padgett, D.K., Burns, B.J., Schlesinger, H.J. & Cohen, J. (1993). Use of inpatient services by a national population: do benefits make a difference? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 144–52.

Pomerantz, J.M. (1995). A managed care ethical credo: for clinicians only? *Psychiatric Services, 46,* 329–30.

Roberts, H. (1997). Children, inequalities and health. *British Medical Journal, 314,* 1122–5.

Robins, L.N. (1986). Changes in conduct disorder over time. In D.C. Farran & J.D. McKinney (Eds.), *Risk in Intellectual and Psychosocial Development.* Orlando: FL: Academic Press.

Robins, L.N & Rutter, M.L. (1990). *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adolescence* Cambridge: Cambridge University Press.

Routh, D.K. (1994). Impact of poverty on children, youth, and families: introduction to the special issue. *Journal of Clinical Child Psychology, 23,* 346–8.

Rutter, M.L., Cox, A., Tupling, C., Berger, M. & Yule, W. (1975*a*). Attainment and adjustment in two geographical areas. I: The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 126,* 35–56.

Rutter, M.L., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W. & Berger, M. (1975*b*). Attainment and adjustment in two geographical areas. III: Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry, 126,* 520–33.

Ryan, N.D., Williamson, D.E., Iyengar, S., *et al* (1992). A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 600–5.

Sabin, J.E. (1994). A credo for ethical managed care in mental health practice. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 859–60.

Scherl, O.J. (1985). Are psychiatric benefits worth the cost? *Journal of the American Medical Association, 253,* 3300–1.

Schweinhart, L.J. & Weikart, D.P. (1981). Perry Preschool effects nine years later: what do they mean? In M. Begab, H.C. Haywood & H.L Garber (Eds.), *Psychological Influences in Retarded Performance.* Baltimore: University Park.

Seitz, V., Rosenbaum, L. & Apfel, N. (1985). Effects of family support intervention: a ten year follow-up. *Child Development, 56,* 376–91.

Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychology, 156,* 866–70.

Siegert, F.E. & Yates, B.T. (1980). Behavioral child-management cost-effectiveness: a comparison of individual in-office, individual in-home, and group delivery systems. *Evaluation and the Health Professions, 3,* 123–52.

Subotsky, F. (1992). Psychiatric treatment for children — the organisation of services. *Archives of the Disabled Child, 67,* 971–5.

Tremblay, R E. & Craig, W.M. (1995). Developmental crime prevention. In M. Tonry & D.P. Farrington (Eds.), *Building a Safer Society.* Chicago: University of Chicago Press.

Unützer, J. & Tischler, G.L. (1995). Differences in managed care (letter). *Psychiatric Services, 46,* 731–2.

Utting, D. (1996). *Reducing Criminality among Young People. A Sample of Relevant Programmes in the UK.* London· Home Office Research and Statistics Directorate.

Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 666–78.

Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M. & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 558–66.

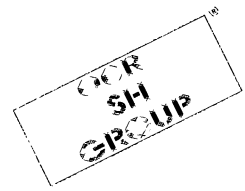
Wells, K.B., Astrachan, B.M., Tischler, G.L. & Unützer, J. (1995). Issues and approaches in evaluating managed mental health care. *Milbank Quarterly, 75,* 57–75.

Wilkinson, R. (1994). *Unfair Shares.* Ilford: Barnardo's.

Woodroffe, C., Glickman, M., Barker, M. & Power, C. (1993). *Children, Teenagers and Health: The Key Data.* Buckingham: Open University Press

Yates, B.T. (1994). Towards the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis into clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 729–36.

Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine, 22,* 971–86.



18

Дети с антисоциальным поведением, ставшие взрослыми

Barbara Maughan и Michael Rutter

Введение

Существенная доля психической патологии взрослых берет начало в трудностях детского возраста; при этом нигде нет более отчетливой тенденции, чем в проявлениях антисоциального поведения. Со времени проведения первых длительных катамнестических исследований (Robins, 1966, 1978) стало ясно, что взрослые с самыми тяжелыми проявлениями антисоциального поведения имеют в анамнезе длительное течение дезорганизованных и отклоняющихся от нормы форм поведения, начинающихся в детстве. Однако в этих же исследованиях подчеркивается парадоксальная ситуация, а именно резкое отличие от прогнозов, которые можно было сделать в детстве. У большинства взрослых, имевших расстройство поведения в детском возрасте, не обнаруживается выраженных проявлений антисоциального поведения, и для многих из них более типична прерывность, а не непрерывность расстройства.

Выяснение механизмов, которые объясняют эти паттерны, составляет основную проблему возрастной психопатологии. Какие факторы риска раннего детского возраста или переходные процессы способствуют длительному сохранению проявлений антисоциального поведения у некоторых индивидов, но не препятствуют явно более благоприятному течению у других? Действительно ли большинство детей с проявлениями антисоциального поведения «выздоравливают», достигая совершеннолетия, или они фактически сохраняют уязвимость, хотя и менее выраженную или, возможно, иного типа? И могут ли эти изменчивые траектории развития помочь нам понять основы гетерогенности в популяции детей с проявлениями антисоциального поведения и таким образом пролить свет на классификации расстройств детского возраста?

Более ранний вариант этой главы (Barbara Maughan and Michael Rutter, 1998) «Непрерывность и прерывность антисоциального поведения с детского возраста до периода взрослости» появился в T.H Ollendick & R.J. Prinz (Eds), Advances in Clinical Child Psychology, volume 20 (pp. 1–47) New York: Plenum Press. Мы благодарны издателям за разрешение воспроизвести этот вариант.

Концептуальные и методологические вопросы

Гетерогенность

Как отмечается и в других главах этой книги, нарушения поведения в детстве далеко не однородные. На одном полюсе — большинство несовершеннолетних вовлекаются в случайные противоправные действия, на другом — меньшинство демонстрирует стойкие долгосрочные трудности, которые охватывают не только преступность, но и выраженное нарушение функционирования в ряде сфер жизнедеятельности (Robins *et al.*, 1991). Однако мнения относительно того, какое значение имеют эти различия, очень отличаются друг от друга. Некоторые исследователи утверждают, что все проявления антисоциального поведения лучше всего рассматривать, учитывая единственный основной синдром или склонность (Gottfredson & Hirschi, 1990; Jessor & Jessor, 1997), тогда как другие сосредоточивались на различных вторичных размерностных характеристиках (Frick *et al.*, 1993; Loeber & Schmaling, 1985), а классификации психических расстройств содержат дискретные синдромы. Каждый из этих взглядов отражен в литературе, в которой описываются долгосрочные катамнестические исследования. Вместо того чтобы ограничивать свое внимание определением диагностических групп, мы включили в эту главу данные из каждого традиционного подхода — наряду с обширными литературными данными, характеризующими взрослых, которые отличались делинквентным поведением в детском и подростковом возрасте.

Категориальный и размерностный подходы

Близкий к рассмотренному выше и до сих пор нерешенный вопрос касается следующего: лучше ли изучать формы антисоциального поведения как качественно особые категории или как изменяющиеся совокупности размерностных характеристик и факторов риска (Cantwell & Rutter, 1994; Clark *et al.*, 1995; Waldman *et al.*, 1995). Хотя довольно большое количество литературы основывается на категориальных моделях, неясно, на самом ли деле это наиболее адекватная позиция. Исследования, проводимые как в области медицины, так и в области психологии, свидетельствуют о том, что формы поведения могут рассматриваться для некоторых целей как размерностные, а для других — как категориальные. Явно категориальные исходы (например, возникновение сердечного приступа) могут брать начало в размерностных переменных (например, уровень холестерина), а клинически значимые количественные показатели часто могут определяться в рамках качественно различных категорий болезней. Диагностические оценки расстройств детского возраста в значительной степени совпадают с количественными показателями выраженности синдромов (Gould *et al.*, 1993; Jensen *et al.*, 1996), и, как мы дальше подробнее обсудим, при субклиническом уровне нарушения часто имеются корреляты и последствия, аналогичные тем, которые есть при более тяжелых состояниях, относимых к категории расстройств. С методологической точки зрения размерностные подходы имеют большую статистическую мощность, а категориальные модели связаны с проблемой пороговых значений (Farrington, 1991). Однако в некоторых случаях, особенно когда изучается совокупность факторов, категориальные модели могут обладать значительной мощностью (Magnusson & Bergman, 1990). На современном уровне знаний проблема является эмпирической, а данные лонгиту-

динальных исследований служат важным средством проверки других вариантов решения проблемы.

Непрерывность и прерывность

Несколько довольно разных концепций непрерывности и прерывности предлагается в исследованиях по изучению поведения (Kagan, 1980; Rutter, 1987). Во-первых, вопрос существующего в норме постоянства или устойчивости индивидуальных различий в процессе развития. Что касается антисоциальных форм поведения, такая устойчивость высокая. Olweus (1979) после статистической коррекции на затухание получил показатель корреляции 0,6 для оценок уровня агрессии в течение двух десятилетних периодов в детстве и сразу после достижения совершеннолетия, при этом с дошкольного возраста были очевидны сравнительно стабильные индивидуальные различия агрессивных тенденций. Эта устойчивость выходит за пределы оценок фенотипически схожих проявлений поведения; также значительно выражена гетеротипичная непрерывность (Kagan, 1969), в силу которой различающиеся, но концептуально связанные показатели склонности к антисоциальным формам поведения имеют отношение ко всем стадиям развития человека. Например, Huesmann и соавторы (1984) сообщали о статистически значимых корреляциях между проявлениями агрессии в восьмилетнем возрасте (по данным, полученным от сверстников) и количеством и серьезностью обвинительных приговоров, частотой управления транспортными средствами в состоянии опьянения, а также суровостью физического наказания своих детей через 20 лет. Rydelius (1988) подтвердил явно повышенный риск насильственной смерти среди лиц, склонных к делинквентному поведению, которые в прошлом находились в заключении. В других многочисленных исследованиях с использованием иных признаков были сделаны схожие выводы: на всех стадиях развития индивидуальные различия в склонности к антисоциальному и агрессивному поведению относительно устойчивые. Важно также отметить, что это происходит во все периоды развития: и когда общий уровень антисоциального поведения повышается — как в раннем подростковом возрасте, и когда резко падает — как в ранний период взрослости (Farrington, 1990).

Эти возрастные тренды представляют еще один важный аспект исследований по изучению проявлений антисоциального поведения в ходе развития человека. Вероятно, в этом случае наиболее известным примером является кривая, отражающая связь правонарушений с возрастом. Начиная с возраста, с которого индивида можно привлечь к уголовной ответственности, зарегистрированные показатели преступлений, совершенных лицами мужского пола, постепенно повышаются в 10–15 лет, резко возрастают в старшем подростковом возрасте, затем так же резко снижаются в возрасте около 25 лет. В исследованиях по изучению правонарушителей получена аналогичная закономерность. Например, в Великобритании менее 5% лиц мужского пола осуждаются за правонарушения в раннем подростковом возрасте, и такой же показатель характерен для возраста около 25 лет, но в старшем подростковом возрасте около 12% несовершеннолетних мужского пола попадают в поле зрения системы уголовного судопроизводства (Farrington, 1992; Home Office, 1995). Результаты анкетных исследований показывают такую же закономерность, свидетельствующую о том, что противозаконное поведение настолько распространено, что фактически является нормативным среди мальчиков подросткового возраста (Elliot *et al.*, 1983). Хотя возрастные тренды

при расстройствах с дезорганизованным и антисоциальным поведением изучались не столь систематически, они также демонстрируют явный пик в подростковом возрасте. До одиннадцатилетнего возраста показатели распространенности оппозиционного поведения и расстройства поведения составляют около 6% среди мальчиков и 2% среди девочек (Offord *et al.*, 1987). Затем показатели распространенности оппозиционного расстройства (по данным исследований) среди 13–16-летних лиц обоего пола повышаются до 15–16%, а впоследствии резко снижаются (Cohen *et al.*, 1993*a*). Кривые распространенности расстройства поведения среди мальчиков и девочек различаются. Показатели среди мальчиков снижаются в период между ранним и средним подростковым возрастом, тогда как у девочек повышаются примерно до 16-летнего возраста, затем резко снижаются. По данным исследований в ранний период взрослости примерно у 6% мужчин и 0,6% женщин клиническая картина соответствует критериям антисоциального расстройства личности (Newman *et al.*, 1996); в дальнейшем показатели снижаются (Robins *et al.*, 1991). Расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, впервые возникают в старшем подростковом возрасте. Эти расстройства совершенно явно преобладают среди лиц мужского пола, их распространенность с возрастом снижается в период взрослости (Anthony & Helzer, 1991; Helzer *et al.*, 1991).

Разумеется, индивидуальные траектории развития не обязательно соответствуют указанной схеме. Так, в лонгитудинальных исследованиях правонарушений (Blumstein *et al.*, 1986; Farrington, 1986*a*; Nagin *et al.*, 1995) подчеркиваются очень разные результаты, полученные в поперечных (одномоментных) и лонгитудинальных исследованиях. Анализ результатов лонгитудинальных исследований проясняет, что пик частоты правонарушений в подростковом возрасте состоит как минимум из двух элементов: увеличение количества правонарушителей и повышение показателей правонарушений в подростковом возрасте среди тех, кто уже вовлечен в преступную деятельность (Farrington & West, 1993; Nagin *et al.*, 1995). Наряду со сравнительно устойчивыми индивидуальными различиями в антисоциальных формах поведения описание особенностей развития также дает четкие данные о важных изменениях у одного и того же индивида.

Информация и информанты

Многочисленные информанты выполняют очень важную роль в оценке психопатологической симптоматики у ребенка, однако результаты эпидемиологических исследований закономерно свидетельствуют о том, что уровень согласованности их сообщений низкий (Achenbach *et al.*, 1987). Трудности, связанные с измерениями, поднимают три важные проблемы в контексте лонгитудинальных исследований. Во-первых, в различных сообщениях могут быть представлены совершенно разные паттерны стабильности и изменения форм антисоциального поведения. Например, данные анкет свидетельствуют о более длительной продолжительности противозаконной деятельности и антисоциального образа жизни в ранний период взрослости, чем это представляется в официальных документах (Graham & Bowling, 1995; Nagin *et al.*, 1995), а коэффициенты стабильности могут различаться в зависимости от того, основываются ли они на сообщениях родителя, учителя или самого ребенка. Во-вторых, при анализе данных, полученных в лонгитудинальных, как и в поперечных, исследованиях, различные ме-

тоды комбинирования сведений могут способствовать тому, что будут сделаны различающиеся выводы (Canino *et al.*, 1995). В-третьих, внимание к погрешности измерений и аспектам методологии имеет большое значение в получении адекватных оценок результатов. В принципе, анализ, основанный на оценках, полученных при наблюдении, мог бы привести либо к переоценке, либо к недооценке истинного уровня непрерывности. Фактически большинство эмпирических доказательств, полученных к настоящему времени, свидетельствуют о более высоком уровне непрерывности после коррекции на погрешность измерения (Fergusson *et al.*, 1995; Zoccolillo *et al.*, 1992). В этом случае модели латентных классов или латентных переменных (Dunn *et al.*, 1993; Waldman *et al.*, 1995) имеют существенные преимущества, хотя их основания не всегда могут отражать конструкты, которые исследователи стремятся оценить.

Еще одна проблема, связанная с информацией, более специфична для лонгитудинальных исследований. Речь идет о достоверности ретроспективных сообщений. Хотя количество данных, полученных в проспективных исследованиях о непрерывности проявлений антисоциального поведения, быстро возрастает, крупные ретроспективные исследования выборок, состоящих из взрослых, например Эпидемиологические исследования района обслуживания (ECA; Robins & Regier, 1991), а также Национальное исследование коморбидности (Kessler *et al.*, 1994), продолжают служить основными источниками данных, особенно в отношении малых и экстремальных групп. Непосредственные проверки достоверности ретроспективных сообщений о расстройствах детского возраста ограниченные (Maughan & Rutter, 1997). Кажется вполне вероятным, что наличие или отсутствие симптомов в детском возрасте можно достоверно подтвердить в период зрелости, используя надлежащие методы интервьюирования (Holmshaw & Simonoff, 1996), однако точность хронологии симптоматики более сомнительна (Angold *et al.*, 1996), особенно когда воспоминания касаются событий многолетней давности. В ретроспективных сообщениях обычно наблюдается «эффект телескопа»: события переносятся ближе к настоящему времени или систематично перемещаются в более далекое прошлое, чем об этом свидетельствуют сведения, полученные во время происходящих событий (Menard & Elliott, 1990; Sudman & Bradburn, 1973). Эксперименты с моделированием (Guiffra & Risch, 1994) показали, как сравнительно небольшая склонность забывать события прошлого может имитировать истинные эффекты когорт, давая повод делать ложные выводы о долговременных трендах. На сегодняшний день ретроспективные сообщения продолжают оставаться значимым источником данных о непрерывности нарушений поведения. Однако из-за этих трудностей мы стремились подтвердить и дополнить ретроспективные сообщения данными проспективных исследований всегда, когда это было возможно.

Гендерные различия

Принадлежность к мужскому полу — лучше всего подтвержденный коррелят антисоциального поведения, и многие (хотя не все) оценки проявлений этой формы поведения наглядно демонстрируют заметное преобладание лиц мужского пола. Эти стойкие гендерные различия могли бы служить ценным источником гипотез об этиологии и о поддержании нарушений поведения у представителей обоего пола. На практике, за исключением нескольких известных исследований, исследовательская литература до сих пор концентрировалась почти исключительно на лицах мужского пола. Нехватка эмпи-

рических данных осложняется тем, что современные диагностические критерии не позволяют выявлять соответствующие проявления поведения при оценке поведения и его последствий у девочек (Zoccolillo, 1993). Loeber и Hay (1994) предложили схему ранних стадий в развитии гендерных различий в отношении агрессии и нарушений поведения, а Rutter и коллеги (1998) недавно подсуммировали данные о биологических, социальных и возрастных факторах, которые могут вносить вклад в формирование различий между лицами обоего пола в социально неодобряемых формах поведения. Pajer (1998) проводит обзор исследований по изучению катамнеза «плохих девочек». Здесь мы отмечаем сходство и различия между лицами обоего пола в отношении отдаленной непрерывности настолько, насколько позволяют современные данные; однако по сравнению с данными обширной литературы о непрерывности «детство–взрослая жизнь» у лиц мужского пола база данных о девочках остается крайне ограниченной.

Непрерывность и прерывность: данные лонгитудинальных исследований

Учитывая все эти трудные вопросы, обратимся к краткому обзору данных лонгитудинальных исследований. Во многих ранних исследованиях основное внимание уделялось клиническим выборкам и выборкам высокого риска или популяционным выборкам, сформированным из жителей крайне неблагополучных городских районов — гетто (Offord & Bennett, 1994). Почти все данные, подробные и информативные, все еще поступают из подобных исследований. Однако недавно эти источники данных пополнились крупными ретроспективными исследованиями, а также проспективными (катамнестическими) исследованиями с привлечением более репрезентативных выборок. Мы начинаем с обзора данных, полученных в исследованиях, в которых испытуемые изучались в течение длительных интервалов времени, с описания последствий нарушений у взрослых, в детском возрасте обследованных в разные моменты времени. Чтобы дополнить картину развития, мы составили краткое резюме о непрерывности в течение более узких возрастных периодов.

Исследования по изучению длительных временны́х интервалов периода «детство–взрослость»

На диагностические критерии антисоциальных расстройств существенное влияние оказали ранние данные Robins (1966) о том, что у взрослых основные последствия нарушений поведения в детстве обусловлены характером выраженных проявлений антисоциального поведения, очевидных в различных сферах функционирования, формализованных в понятии «антисоциальное расстройство личности». Последующие исследования с удивительной последовательностью подтвердили эту точку зрения. Robins (1978) в исследованиях, воспроизводивших ее первоначальное исследование по изучению детской психопатологии, установила, что подавляющее большинство взрослых с тяжелыми проявлениями антисоциального поведения имели выраженные нарушения поведения в детстве. «Новое начало» антисоциального поведения в период взрослости было редким явлением, возникающим только в 5–12% случаев. Если анализировать

начиная с детства, сохранение проявлений антисоциального поведения отмечалось гораздо реже: у 23–41% детей с выраженными проявлениями антисоциального поведения эти нарушения сохранялись в период взрослости, но большинство, какой бы ни была степень тяжести их первоначальных нарушений, по критериям, примененным Robins, «выздоровели».

Очень схожие оценки получены в ретроспективных сообщениях о нарушениях поведения в детстве, собранных в ECA (Robins *et al.*, 1991). Показатели частоты антисоциального расстройства личности возрастали в зависимости от количества симптомов в детстве, но никогда не превышали половины даже среди тех, кто сообщал о многочисленных нарушениях в детском возрасте. Количество нарушений в детском возрасте выполняло функцию прогностического фактора последующего расстройства и было лучшим предиктором, чем любой отдельный тип нарушения поведения в раннем возрасте. Один и тот же характер непрерывности «детство–взрослость» сохранялся как среди мужчин, так и среди женщин, а также в когортах разного возраста, несмотря на заметные изменения общих показателей нарушений детского возраста за большой промежуток времени. Наконец, нарушения поведения с ранним началом оказались особенно прогностически неблагоприятными в отношении длительности течения: средний возраст появления первого симптома в детстве — восемь-девять лет, а в 80% будущих случаев расстройств сообщали о появлении минимум одного симптома к 11-летнему возрасту.

Нарушения поведения и агрессия в детстве также демонстрируют устойчивую связь с последующими правонарушениями (Farrington *et al.*, 1990*a*; Hämäläinen & Pulkkinen, 1996; Huesmann *et al.*, 1984; Magnusson, 1988; Moffitt, 1994; Pulkkinen & Pitkanen, 1993; Robins, 1993; Stattin & Magnusson, 1989, 1996). В этом отношении почти все доступные данные получены в проспективных исследованиях и основываются на изучении репрезентативных выборок. Результаты обсервационных исследований показали, что поведение трехлетних детей (Caspi *et al.*, 1996) имеет умеренную связь с правонарушениями в ранний период взрослости, а чем старше детский возраст, тем сильнее такая связь. Например, Stattin и Magnusson (1989) в Швеции изучали связь между учительскими оценками агрессии в возрасте 10 и 13 лет и правонарушениями до достижения 26 лет в репрезентативной с точки зрения социальных показателей когорте. Среди лиц мужского пола большинство правонарушителей и преступников-рецидивистов происходили из группы мальчиков, проявлявших агрессию с раннего детского возраста. Агрессия служила прогностическим признаком насильственных преступлений, причинения ущерба собственности, а наиболее сильным предиктором полиморфизма правонарушений, включая как корыстные, так и другие преступления. Среди лиц женского пола агрессия также была предиктором правонарушений в дальнейшем, но только начиная с 13-летнего возраста.

У мужчин история правонарушений рисует похожую картину. В выборках, изучавшихся в США, от 31 до 71% несовершеннолетних правонарушителей в дальнейшем в период взрослости подвергались аресту (Blumstein *et al.*, 1986); сопоставимые показатели были подтверждены и в европейских когортах (Farrington & Wikström, 1994). Отдельные правонарушители в значительной степени различаются по продолжительности и серьезности их преступного прошлого. Половина мужчин, вступавших в контакт с системой уголовного судопроизводства, имели его только однократно; на другом конце спектра во всех исследованиях, в которых изучались испытуемых до наступления

периода взрослости, были выявлены небольшие группы хронических правонарушителей мужского пола с затянувшейся преступной «карьерой», объясняющие значительную долю регистрируемых преступлений (Farrington & Wikström, 1994; Wolfgang *et al.*, 1972). Обычно у этих хронических правонарушителей отмечается раннее начало совершения правонарушений и участие в разнообразных противоправных деяниях, как насильственных, так и ненасильственных.

История правонарушений среди женщин изучена в меньшей степени, но доступные данные свидетельствуют о том, что они существенно различаются (Home Office, 1995; Kratzer & Hodgins, 1999; Wikström, 1990). Во-первых, рецидивы преступлений — сравнительно редкое явление среди женщин, а подавляющее большинство тех, кому выносят официальные обвинительные приговоры, получают их лишь однократно. Во-вторых, возраст совершения правонарушений имеет гораздо меньший пик в подростковом возрасте, чем у лиц мужского пола, и сравнительно устойчивая (хотя очень незначительная) доля женщин продолжает впервые поступать в тюрьму после достижения 20-летнего возраста. Например, в одной когорте, сформированной по году рождения, медиана возраста первого осуждения составляла 22 года, а четверть правонарушительниц впервые была осуждена после 28 лет (Home Office, 1995). В исследовании крупной шведской когорты (Kratzer & Hodgins, 1999) случаи с началом в период взрослости объясняли самую большую часть преступлений, совершенных до 30 лет.

В дополнение к этим конкретным антисоциальным последствиям, давно стало ясно, что нарушения поведения в детском возрасте ассоциируются с риском формирования более широкого круга нарушений в последующем (Robins, 1966). Некоторые из них — наиболее заметно повышенные показатели употребления алкоголя и других психоактивных веществ (McCord & McCord, 1960; Robins, 1966; Robins & McEvoy, 1990; Vaillant, 1983) и «драматических» расстройств личности — входят в широкий спектр экстернализованных нарушений. Кроме того, небольшие катамнестические исследования по изучению выборок высокого риска и клинических случаев показали повышенный риск возникновения ряда других расстройств в период взрослости (Zoccolillo, 1992). Используя данные ECA, Robins и Price (1991) воспроизвели такую же картину в популяционных выборках, документально подтвердив значимую связь между нарушениями поведения в детстве (часто ниже современных пороговых величин для диагностики расстройства) и последующими фобическим расстройством, большим депрессивным эпизодом, обсессивно-компульсивным расстройством, шизофренией, паническим расстройством, маниакальными эпизодами и соматизированным расстройством. В общем эти риски зависели от наличия экстернализованных расстройств в период взрослости, хотя также отмечалась умеренная прямая связь с нарушениями поведения в детстве. Некоторые данные (Quinton *et al.*, 1990; Robins, 1986) свидетельствуют о том, что риск возникновения аффективных расстройств выше для женщин, чем для мужчин. Кроме того, если депрессивные проявления сочетаются с антисоциальным расстройством личности, они почти всегда являются сравнительно мягкими признаками, если судить по типу симптоматики, а не по хроническому течению или по степени ухудшения социального функционирования (Rutter *et al.*, 1994).

Наконец, другие данные свидетельствуют о том, что последствия нарушений поведения в детстве выходят далеко за пределы общепринятых оценок психопатологической симптоматики или преступности. Данные Национального исследования коморбидности (National Comorbidity Study) подчеркивают значение расстройства поведения для

таких разных факторов риска, как самовольное прекращение учебы в школе (Kessler *et al.*, 1995), отцовство (материнство) в подростковом возрасте (Kessler *et al.*, 1997) и устойчивость брака (Kessler *et al.*, 1998). У подростков с нарушениями поведения отмечается ускоренный характер раннего перехода к взрослым ролям: они вступают как в сексуальные отношения, так и в сожительство с партнером раньше, чем их сверстники (Bardone *et al.*, 1996; Stattin & Magnusson, 1996), при этом постоянно испытывают трудности в интимных и других межличностных отношениях. Последствия для здоровья в ранний период взрослости менее благоприятные в группах лиц с расстройством поведения (Bardone *et al.*, 1998), кроме того, поступали сообщения о повышенных показателях насильственной смерти как среди мужчин, так и среди женщин (см. Pajer, 1998; Rydelius, 1998; Stattin & Romelsjoe, 1995). Zoccolillo и коллеги (1992) в группе взрослых молодого возраста в выборке высокого риска (воспитывались в детских домах) оценивали функционирование на работе, в браке и социальных отношениях, а также участие в совершении правонарушений (для сравнения была сформирована группа испытуемых, живущих в городских гетто). В дополнение к тем, у кого признаки соответствовали критериям антисоциального расстройства личности, у подавляющего большинства взрослых испытуемых с расстройством поведения в прошлом отмечались нарушения в двух (или более) сферах функционирования. Проблемы в отдельных ролевых сферах нередко наблюдались и у испытуемых, у которых в детстве не было нарушений поведения; однако характерные особенности последствий расстройства поведения в детском возрасте осложняли их проблемы в различных сферах. Такие же данные были воспроизведены впоследствии на других выборках (Maughan *et al.*, 1995; Quinton *et al.*, 1993).

Эти данные поднимают основные вопросы относительно характера отдаленных факторов риска, связанных с нарушениями поведения, а также механизмов, посредством которых они поддерживаются. В частности, они свидетельствуют о том, что дальнейшие последствия не ограничиваются выраженными личностными проблемами и преступным поведением, а влияют на межличностные отношения и социальное функционирование в более широком масштабе. В настоящее время неясно, в какой степени этот более широкий спектр нарушений составляет неотъемлемую часть синдрома расстройства поведения, или это вторичные признаки, которые возникают как следствие ранних нарушений. Многие выборки, оценивавшиеся до настоящего времени, представляли группы высокого психосоциального риска или происходили из неблагополучных городских районов — гетто. В группах, включающих больше представителей среднего социального класса, нарушения поведения в подростковом возрасте, по-видимому, обусловливают незначительные последствия в отношении трудовой деятельности, характера семейных и дружеских отношений после достижения совершеннолетия (Jessor *et al.*, 1991). Неблагоприятные психосоциальные факторы — все, с которыми слишком часто сталкивается молодежь, — могут таким образом играть основную роль в устойчивости неэффективного функционирования.

Изучение более ограниченных возрастных периодов

Приведенные данные позволяют более широко проанализировать связь между детством и периодом взрослости, но они мало говорят нам об особенностях развития в течение переходного периода. Пока что ни в одном проспективном исследовании не

был подробно охарактеризован весь период взросления начиная с раннего детства до зрелого возраста. Однако доступны данные репрезентативных выборок, полученные в катамнестических исследованиях за более ограниченные периоды. Начиная с раннего детства они показывают, что поведенческие признаки — предвестники стойких антисоциальных проявлений в старшем детском и младшем подростковом возрасте — можно надежно выявлять в дошкольные годы (White *et al.*, 1990). Как показали данные эпидемиологических исследований, у 50–75% детей, поведение которых соответствуют критериям дезорганизации до наступления подросткового возраста, оно продолжает соответствовать им в начале второго десятилетия жизни, а у остальных остаются нарушения преимущественно в эмоциональной сфере (Esser *et al.*, 1990; Graham & Rutter, 1973; Offord *et al.*, 1992; Moffitt *et al.*, 1996; Rutter *et al.*, 1976). Эти данные могут недооценивать уровень непрерывности нарушений (Fergusson *et al.*, 1995). Многие нарушения поведения с началом в детском возрасте становятся постоянными; однако меньшая часть все же имеет преходящий характер.

В настоящее время в проспективных эпидемиологических исследованиях начинают подробно описывать особенности развития в конце первого и в начале второго десятилетий жизни. В настоящий момент непрерывность явно экстернализованных расстройств наиболее заметна среди молодых людей, у которых в подростковом возрасте наблюдалось расстройство поведения, значительно выраженное или с агрессией (Cohen *et al.*, 1993*b*; Feehan *et al.*, 1993). Новое начало расстройства поведения / антисоциального расстройства личности (случаи, в которых не было соответствующей симптоматики при контактах во время предыдущего исследования) — сравнительно редкое явление, возникающее лишь в 10% случаев (Newman *et al.*, 1996). Повышенный риск развития аффективных и тревожных расстройств отмечен в ряде выборок. Например, в Данидинском мультидисциплинарном исследовании здоровья и развития (Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study) эмоциональные расстройства в возрасте 18 лет были наиболее распространенными последствиями неагрессивного расстройства поведения в 15-летнем возрасте и возникали только немного реже, чем в группах с интернализованными расстройствами, выявленными в середине второго десятилетия жизни (Feehan *et al.*, 1993). Повышенный риск возникновения депрессивной симптоматики в ранний период взрослости также был подтвержден в Национальном исследовании развития ребенка (National Child Development Study) (Rutter, 1991; Rutter *et al.*, 1997). Коморбидность с другими расстройствами коррелирует с повышенным риском возникновения нарушений в некоторых сферах функционирования подростков в дальнейшем. Например, Lewinson и коллеги (1995) установили, что тогда как лишь 5% подростков с неосложненными расстройствами с дезорганизованным поведением сообщали о суицидальных попытках, при коморбидных расстройствах о них сообщали свыше одной трети. Bardone и соавторы (1996) приводят некоторые из немногочисленных данных проспективных исследований о последствиях детского расстройства поведения у женщин в ранний период взрослости. Только расстройство поведения у подростков было предиктором симптоматики антисоциального расстройства личности и зависимости от психоактивных веществ; оно также коррелировало с повышенным риском развития тревожных расстройств и зависимости от нескольких наркотиков, но не депрессии (в этой выборке).

В исследованиях, в которых использовались выведенные эмпирическим путем количественные оценки синдрома, а не диагностические категории, получены схожие

данные. В большом исследовании, проведенном Achenbach и коллегами (1995) в США, установлено, что количественные оценки агрессии перед совершеннолетием имели сильную прогностическую связь с агрессией в ранний период взрослости. Делинквентные проявления явно преобладали у лиц мужского пола, хотя более широкий спектр прогностических факторов более раннего возраста, в том числе небольшой вклад соматизированных проявлений и более ранних нарушений внимания, коррелировал с последующей делинквентностью у лиц женского пола. Схожие закономерности были получены в исследованиях голландских выборок (Ferdinand & Verhulst, 1995). Кроме того, показатели экстернализованных проявлений в прошлом служили прогностическим признаком только высоких значений суммарных показателей экстернализованных нарушений в ранний период взрослости, а количественные показатели как интернализованных, так и экстернализованных нарушений в детском и подростковом возрасте — прогностическим признаком интернализованных нарушений в ранний период взрослости.

Изменения за большие промежутки времени

Эти данные получены в когортах, изучение которых охватывало различные длительные периоды времени, и — в случае ретроспективных исследований — у испытуемых с большой разницей в возрасте на момент сбора данных. Как следствие, эффекты, связанные с хронологическим возрастом, неизбежно объединялись либо с общими эффектами за длительный период, либо со специфическими для отдельных когорт влияниями за большой промежуток времени (Rutter, 1995). В течение последних 50 лет отмечалось существенное повышение показателей частоты нарушений поведения и правонарушений среди несовершеннолетних в большинстве западных стран наряду с сокращением разрыва между показателями для обоих полов при многих (но не при всех) типах правонарушений (Smith, 1995). Различия в показателях частоты антисоциальных форм поведения в зависимости от особенностей когорты и культуры, а также в достижении возрастного пика совершения правонарушений были подтверждены как в ретроспективных, так и в проспективных исследованиях (Harada, 1995; Robins *et al*, 1991; Tracey *et al.*, 1990); кроме того, был установлен ряд факторов социальной структуры, позволяющих объяснить их. Возрастание этих показателей за такой сравнительно короткий период времени должно отражать изменения средовых факторов риска возникновения антисоциального поведения. По-видимому, изменение структуры и функционирования семьи, повышение мобильности населения и ослабление сплоченности местных общин — наряду с изменением характера благоприятных возможностей для совершения преступлений — фигурируют среди основных факторов (Smith, 1995).

Неясно также, насколько эти изменения влекут за собой колебания в устойчивости антисоциальных тенденций. Например, Moffitt (1993) утверждал, что возрастание частоты преступлений в течение длительного периода времени в значительной степени отражает динамику «ограниченных подростковым возрастом» форм поведения и мало связано с деятельностью закоренелых правонарушителей, чье преступное поведение длится всю жизнь. Наоборот, данные, полученные в ECA, показали, что изменения показателей частоты нарушений поведения в детстве за большой промежуток времени коррелировали с одновременным увеличением распространенности антисоциального расстройства личности у взрослых (Robins *et al.*, 1991), а паттерны непрерывности

«детство–взрослость» были схожими во всех изучавшихся возрастных когортах. В этом случае могут происходить два разных процесса: один влияет на количественное соотношение подростков, проявляющих сравнительно ограниченные во времени антисоциальные тенденции, второй воздействует на проявление внутренней склонности к постоянному антисоциальному поведению — возможно, совершенно иного типа. Кроме того, изменение за большой промежуток времени структуры благоприятных возможностей при взрослении или широкая доступность алкоголя и других психоактивных веществ также могут повышать риск формирования устойчивости нарушений поведения начиная с подросткового возраста до взрослой жизни. Эти сложные вопросы пока что сравнительно мало изучены, каждый из них составляет важную сферу для будущих исследований.

Причины непрерывности и прерывности антисоциального поведения

Как стало понятно из вышеизложенного, любая комплексная модель непрерывности антисоциального поведения должна объяснять как непрерывность, так и прерывность, как устойчивый характер антисоциальных тенденций у некоторых индивидов, так и их временный характер у других. Чтобы объяснить эти особенности, предлагали различные модели. В одних в центре внимания была предрасположенность, в других — разный возраст начала, в некоторых — роль переходных периодов развития в благоприятствовании или в препятствовании стойкости антисоциального поведения с течением времени. Мы начинаем с изучения роли индивидуальных факторов риска.

Индивидуальная предрасположенность

Было выявлено, что гиперактивность/импульсивность, низкий уровень реактивности вегетативной нервной системы, поиск ощущений / склонность к риску, агрессивность, нарушения в когнитивной сфере или дефекты процесса планирования исполнительной деятельности, а также нарушения социального познания являются факторами риска устойчивого антисоциального поведения (Stoff *et al.*, 1997). В настоящее время неясно, насколько они отражают различные аспекты одной и той же траектории риска или различные пути к долговременным нарушениям. Вероятно, каждый из них содержит наследуемые компоненты; так, близнецовые исследования показали, что антисоциальное поведение, которое длится до периода взрослости, включает четкий генетический компонент, тогда как делинквентность подростков представляется более сильно обусловленной средовыми факторами (DiLalla & Gottesman, 1989; Lyons *et al.*, 1995; Simonoff *et al.*, сообщение у Rutter *et al.*, 1997). Но проявления наследуемых факторов, разумеется, существенно зависят от воздействия средовых факторов. Хотя мы должны дождаться проведения многофакторных количественных генетических исследований, чтобы определить гены, ответственные за определенные формы поведения, несколько индикаторов формы связей уже получены; в частности, в исследованиях по изучению приемных детей выявлены взаимодействия «генотип–среда» для некоторых антисоциальных проявлений (Bohman, 1996; Cadoret *et al.*, 1995; Crowe, 1974). Хотя пока ни

генетические, ни средовые влияния, задействованные в этих процессах, не были подробно описаны, структура данных указывает на то, что именно было описано как генетический контроль восприимчивости к воздействиям среды (Kendler &Eaves, 1986): проявления генетических факторов, вносящие вклад в характерные особенности антисоциальной личности, в значительной степени зависят от воздействия неблагоприятных внешних обстоятельств. Когда мы изучаем данные об индивидуальных факторах риска устойчивых форм антисоциального поведения, мы выделяем некоторые возможные пути для воздействий такого типа.

Гиперактивность

Гиперактивность, импульсивность и расстройства внимания постоянно выявляются среди наиболее важных маркеров неблагоприятного отдаленного исхода нарушений поведения (по крайней мере, у лиц мужского пола). Когда в детстве одновременно возникают два расстройства, нарушения поведения, по-видимому, развиваются как осложнение гиперактивности. В случаях такой коморбидности симптомы гиперактивности возникают первыми (Barkley *et al.*, 1990), и гиперактивность в раннем возрасте служит прогностическим фактором риска нарушений поведения, но не наоборот (Taylor *et al.*, 1996). Кроме того, генетический анализ поведения свидетельствует о том, что этиологические факторы «чистого» и осложненного расстройств поведения существенно различаются. Группы с сопутствующими расстройствами содержат сильный генетический компонент, тогда как происхождение «чистого» расстройства поведения, особенно определяемого исходя из описаний самих подростков, по-видимому, в значительной степени обусловлено средовыми факторами (Silberg *et al.*, 1996).

В проспективных исследованиях был изучен конкретный вклад гиперактивности и нарушений поведения в характер исходов на нескольких стадиях развития. Выявление беспокойного, импульсивного поведения в детском саду служило прогностическим признаком ранней делинквентности (Tremblay *et al.*, 1994), а гиперактивность коррелировала со стойко сохраняющимся расстройством поведения в детском и подростковом возрасте (August & Stewart, 1982; Schachar *et al.*, 1981). Taylor и коллеги (1996) наблюдали группы мальчиков из эпидемиологической выборки в течение более продолжительных возрастных периодов — начиная с раннего детства до 17 лет. Хотя полученный в этом исследовании порог симптоматики расстройства поведения не достигал уровня его диагностических критериев, получены поразительные данные, свидетельствующие о том, что гиперактивность является главным фактором риска неблагоприятных последствий в дальнейшем. Гиперактивность в раннем возрасте была наиболее сильным прогностическим признаком вызывающего и дезорганизованного поведения, трудностей в отношениях со сверстниками и плохой социальной адаптации в возрасте 17 лет; специфическими последствиями расстройства поведения были только нарушения поведения в школе и агрессия. Аналогично, Farrington и коллеги (1990a) установили, что суммарная оценка комплекса «гиперактивность—импульсивность—дефицит внимания», хотя и сильно связанная с признаками расстройства поведения в раннем возрасте, служила независимым прогностическим фактором как раннего начала, так и устойчивого характера делинквентного поведения среди лиц мужского пола в возрасте до 25 лет.

Эти данные почти не оставляют сомнений в том, что гиперактивность является основным маркером устойчивого характера недостаточности общего функционирования. Тогда возникает несколько важных вопросов. Во-первых, какие компоненты этого комплекса — импульсивное поведение, обусловленное темпераментом, двигательное беспокойство или дефицит внимания — представляют собой основной фактор риска? Babinski и коллеги (1999), анализируя эти компоненты раздельно, установили, что показатели гиперактивности–импульсивности и нарушений поведения в детстве — каждого в отдельности — коррелировали с официальными данными об арестах и с данными самоотчетов о совершении преступлений независимо и во взаимодействии у мужчин, однако показатели дефицита внимания не давали сопоставимых эффектов. Во-вторых, является ли гиперактивность преимущественно фактором риска определенной характеристики состояния, отдельной диагностической категорией или частью более широкой совокупности проблемных форм поведения? Результаты генетического анализа (Silberg *et al.*, 1996) свидетельствуют о том, что генетический эффект выходит за пределы небольшой группы детей с выраженным гиперкинетическим синдромом. Особенности факторов риска, на которые влияют генетические факторы, также могут действовать более широко и зависеть от сочетания с другими факторами при влиянии на устойчивость состояния. Известно, что эмоциональные нарушения у родителей, семейные разногласия и плохие отношения между родителем и ребенком, особенно проявляемые отрицательные эмоции по отношению к ребенку (Rutter & Quinton, 1984; Rutter *et al.*, 1997; Taylor *et al.*, 1996), коррелируют с устойчивостью расстройств с дезорганизованным поведением в течение всего детского и подросткового возраста. Такие маркеры могут служить ценным отправным пунктом при изучении взаимодействий «генотип–среда», которые могут быть специфическими для стойкого течения антисоциального поведения в течение всего периода развития. Наряду с этими вопросами нам необходимо больше узнать о роли гиперактивности в развитии девочек, а также прояснить ее генетические основы.

Нейропсихологические и когнитивные аспекты нарушений и успеваемость в школе

Нарушения, выявляемые с помощью нейропсихологических исследований, могут быть еще одной причиной (см. Lynam & Henry, глава 9). Сниженные значения коэффициента интеллекта (IQ), наиболее заметные по оценкам вербальных навыков, во многих исследованиях подтверждены как среди несовершеннолетних, так и среди взрослых правонарушителей (Hirschi & Hindelag, 1977; Wilson & Herrnstein, 1985), и умеренные, но стойкие корреляции выявлены в разные моменты времени между вербальными навыками в раннем детстве и преступным поведением во взрослой жизни (Stattin & Klackenberg-Larsen, 1993). Установлено, что тесты на исполнительное функционирование позволяют различать подростков, склонных и не склонных к антисоциальному поведению (Moffitt, 1993). Недостаточность исполнительных функций особенно характерна при сочетании расстройства поведения с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, но не для расстройства поведения без сопутствующей патологии (Pennington & Ozonoff, 1996).

Недостаточно развитые вербальные навыки и трудности в планировании исполнительной деятельности могут сами по себе способствовать возникновению и устойчи-

вости антисоциальных форм поведения. Например, Moffitt (1993) утверждал, что сравнительно нетяжелые нейропсихологические нарушения (независимо от того, обусловлены они генетическими или средовыми факторами), возникая в стрессовой семейной обстановке, могут инициировать цепь событий, которые достигают кульминации в расстройствах поведения. Трудный характер и затруднения в обмене информацией в раннем возрасте могут затруднять воспитательные меры со стороны родителей, а также препятствовать формированию отношений привязанности. Когда ребенок поступает в школу, наслаиваются требования новой среды, и проблемы в отношениях с ровесниками и трудности в учебе добавляются к имеющимся факторам риска.

Возрастающие по спирали подобные трудности, нарушая взаимоотношения и социальную компетентность в ряде сфер, могут накапливаться в течение жизни. Во время обучения в школе, они, вероятно, имеют особое значение для успеваемости. Криминологи утверждают, что плохая успеваемость играет особую роль в возникновении делинквентности; это происходит через влияние на самоуважение или через слабую привязанность к школьной системе, где усваиваются общепринятые ценности (Hawkins & Lishner, 1987). В новом обзоре обширной литературы, посвященной школьной неуспеваемости и делинквентности, Maguin и Loeber (1996) пришли к заключению, что снижение интеллекта и нарушения внимания, вероятно, являются общими причинами обеих проблем, но показатели успеваемости в учебе вносили дополнительный вклад в прогнозирование делинквентности после статистической поправки на социально-экономический статус (SES) и предшествовавшие нарушения поведения.

Эти модели могут быть основой разных прогнозов относительно устойчивости антисоциального поведения после окончания учебы в школе. С одной стороны, поскольку дефицит вербальных навыков и нарушения чтения сами по себе продолжают существовать (Maughan *et al.*, 1994; Rodgers, 1986), можно ожидать, что сопутствующие формы антисоциального поведения также будут иметь высокий уровень устойчивости. С другой стороны, если значительная доля первоначального побуждения к делинквентной деятельности среди плохо успевающих учеников проистекает из сравнительно специфических для стадии развития стрессоров в подростковом возрасте, связь между нарушениями чтения и антисоциальными формами поведения могла бы ослабевать в период взрослости, когда становятся доступными другие источники достижений. Ограниченные данные о нарушениях чтения, полученные к настоящему времени в проспективных исследованиях, свидетельствуют в пользу второго мнения. У мужчин с нарушениями чтения, отобранных из городских гетто, выявлены несколько повышенные показатели правонарушений в 20-летнем возрасте, однако в период взрослости не отмечалось превышения среднего уровня официально зарегистрированных преступлений или антисоциальных форм поведения (по данным анкет) (Maughan *et al.*, 1996). Эти молодые мужчины оставили школу в то время, когда были сравнительно большие возможности для квалифицированного физического труда; важно отметить, что социальные последствия для женщин с нарушениями чтения в детстве были гораздо хуже (Maughan & Hagell, 1996). В зависимости от условий такие факторы могут сохранять большое значение для отдаленных последствий.

Траектории развития агрессивного (и других форм) поведения

Среди конкретных проявлений антисоциальных форм поведения агрессия давно рассматривалась как ключевой компонент для их устойчивости (Stattin & Magnusson, 1989). Индивидуальные различия в проявлениях агрессии очень устойчивые начиная с раннего детского возраста (Olweus, 1979); Robins (1978) утверждал, что при отсутствии тяжелых психических расстройств проявления насилия и агрессии не обнаруживаются у взрослых, если они не наблюдались в более ранний период жизни. Насилие — доминирующий признак антисоциального расстройства личности как у женщин, так и у мужчин (Robins *et al.*, 1991), а у правонарушителей-рецидивистов мужского пола отмечаются высокие показатели агрессии как в межличностных отношениях, так в совершаемых преступлениях (Farrington & West, 1993). Однако влияние генетических факторов при совершении насильственных преступлений представляется менее выраженным, чем при совершении ненасильственных, а специфические корреляции с агрессией как исходом оказались слабыми, что отражает много совпадающих элементов агрессии и других признаков антисоциального поведения в период взрослой жизни. В общем семейные факторы риска в раннем возрасте, по-видимому, одинаковые как для насильственных, так и для ненасильственных преступлений (Farrington, 1989). Разгадка может находиться во взаимодействии индивидуальных и средовых характеристик. Например, Henry и коллеги (1996) установили, что, хотя насильственные правонарушения в юности были связаны с отсутствием контроля, обусловленным темпераментом, в раннем детском возрасте, эффекты были наиболее заметны в небольшой группе, в которой трудности, связанные с особенностями темперамента, комбинировались с дезорганизованным воспитанием. Moffitt и коллеги (1996) установили, что повышенная концентрация серотонина преимущественно коррелировала с судимостью за насильственное преступление среди молодых мужчин, которые воспитывались в несплоченных и конфликтных семьях. Langbehn и коллеги (1998) в исследовании приемных детей, проанализировав у подростков эффекты нарушений поведения и оппозиционных нарушений, утверждали, что они отражают факторы темперамента при прогнозировании развития антисоциального расстройства у взрослых. У лиц мужского пола каждый из этих компонентов демонстрировал независимое влияние. Кроме того, оппозиционный компонент коррелировал с антисоциальной личностью у биологических родителей, тогда как нарушения поведения, очевидно, отражают неблагоприятные средовые условия в приемной семье. У лиц женского пола биологический фон или взаимодействие биологических и средовых факторов прогнозировали каждый из компонентов.

Траектории развития поведения могли бы служить основанием для применения альтернативных подходов к изучению варьирования его устойчивости. Основываясь на данных факторного анализа (Loeber & Schmaling, 1985), Loeber (Loeber *et al.*, 1993, 1997; см. также Loeber & Coie, глава 14) предположил, что возможны разные траектории развития поведения: с преобладанием явных (конфронтационных) форм поведения, скрытых (тайных) поступков или аспектов антисоциального поведения, которые отражают конфликт с авторитетными лицами. У некоторых индивидов отмечается усиление всех трех типов отклонения от нормы, тогда как у других возможны более «эксклюзивные» пути. К настоящему времени эмпирические тесты показали, что, хотя у мальчиков открытые, агрессивные формы поведения часто переходят в более скрытые

нарушения, обратная картина наблюдалась гораздо реже. Предполагаемая прогредиентность в пределах каждого типа течения у мальчиков с постоянными нарушениями была более очевидной, чем у «экспериментаторов», и гиперактивное расстройство с дефицитом внимания коррелировало с началом всех трех вариантов отклонения от нормы, однако не имело дополнительной связи с нарастанием нарушений после этого момента.

До настоящего времени эти модели применяли только в отношении мальчиков до 15-летнего возраста. Подходя с противоположной точки отсчета траектории развития, некоторые исследователи анализировали истории правонарушений известных преступников-рецидивистов, стремясь определить ранние поведенческие траектории, характерные для долговременного продолжения преступного поведения. Однако на практике давно известно, что правонарушители-рецидивисты совершают диспропорционально большое количество серьезных и насильственных правонарушений, тем не менее лишь меньшинству выносится судебный приговор за какое-либо серьезное насильственное преступление (Weitekamp *et al.*, 1995). Как показали данные Кембриджского исследования формирования делинквентного поведения, хронические правонарушители (все испытуемые были признаны виновными в совершении минимум девяти правонарушений) совершали абсолютно одинаковое количество как серьезных, так и незначительных правонарушений; «хронические правонарушители-рецидивисты совершали в целом более серьезные правонарушения исключительно потому, что они вообще совершали больше правонарушений» (Farrington & West, 1993, p. 498).

Тем не менее для правонарушителей-рецидивистов могут быть особые схемы повышения уровня серьезности совершаемых правонарушений. Эта возможность приводит к методологическим трудностям: поскольку последующие серьезные правонарушения совершаются в старшем возрасте, а старшие по возрасту правонарушители в целом совершают более серьезные преступления, важно отделить основные возрастные изменения от тех, которые отражают повышение серьезности правонарушений как проявление конкретной преступной карьеры. Weitekamp и коллеги (1995) установили удивительный факт: средний уровень серьезности начальных правонарушений, совершенных правонарушителями-рецидивистами из филадельфийской когорты, не превышал уровня серьезности ранних правонарушений, совершенных несовершеннолетними с более коротким преступным прошлым. В Кембриджском исследовании (Farrington & West, 1993) отмечали повышение серьезности правонарушений, совершаемых правонарушителями-рецидивистами в период между третьим и десятым правонарушениями; после этого серьезность правонарушений начинала уменьшаться, вероятно, отражая изменение типа правонарушений, более характерных для старшего возраста. Вопрос сложный; однако до сих пор трудно определить характерные поведенческие признаки преступной «карьеры» правонарушителей-рецидивистов.

«Мультипроблемный» подход

Проявления гиперактивности, агрессии и когнитивной дисфункции часто накладываются друг на друга. Поэтому основные факторы риска неблагоприятных последствий у взрослого могут быть связаны только с одним из этих проявлений или с комплексом, включающим все эти нарушения. Чтобы проверить эти возможные варианты, Magnusson и Bergman (1990) сделали попытку использовать метод анализа, отличающийся от обыч-

ного, который ориентирован на переменные: они сосредоточились на «ориентированном на личность» группировании нарушений у одного и того же индивида. Исследователи получили убедительные данные в пользу «мультипроблемной» модели (модель группирования нескольких нарушений) в когорте 13-летних мальчиков. Высокие показатели по таким признакам, как агрессивность, двигательное беспокойство, неспособность концентрировать внимание и низкая мотивация к учебе, всегда обнаруживались при «мультипроблемном» подходе; важно отметить, что в этих группах также отмечалась низкая активность вегетативной нервной системы. Значительно выраженные неблагоприятные последствия в середине третьего десятилетия жизни (в том числе госпитализация в психиатрическую больницу, а также преступное поведение и проблемы, связанные с употреблением алкоголя) больше всего накапливались в «мультипроблемной» группе. В равной мере удивляет то, что ни плохие отношения с ровесниками, ни ранняя агрессия у подростков, взятые отдельно, не коррелировали с дальнейшими неблагоприятными последствиями. Pulkkinen и коллеги (Hämäläinen & Pulkkinen, 1996; Pulkkinen, 1992), объединяя в группы случаи с учетом просоциальности, агрессии и успеваемости в школе, получили схожие результаты. Таким образом, скорее совокупность факторов индивидуальной предрасположенности, а не индивидуальные факторы риска могут играть основную роль в долговременной устойчивости нарушений.

Депрессия, тревога и застенчивость/замкнутость

Нарушения поведения в детстве также часто включают признаки, общие как с тревогой, так и с депрессией (Hinshaw *et al.*, 1993; Loeber & Keenan, 1994); как известно, антисоциальное поведение коррелирует с повышенным риском развития аффективных расстройств в период взрослой жизни. Ранняя связь между нарушениями поведения и депрессией, вероятно, отражает коррелированные или совпадающие (общие) факторы риска (Fergusson *et al* , 1996), а смешанные расстройства, по-видимому, включают больше элементов «чистых» нарушений поведения, а не «чистых» эмоциональных нарушений (Steinhausen & Reitzle, 1996). По ограниченным данным, доступным на сегодняшний день, сопутствующая депрессия, по-видимому, незначительно видоизменяет течение антисоциального поведения. В катамнестических исследованиях выборок, составленных из посетителей детских консультаций-поликлиник (оказывающих помощь психически больным или трудным детям), Harrington и коллеги (1991), а также Fombonne и коллеги (1999) установили, что исходы в форме антисоциального поведения для групп с сочетанием расстройства поведения и депрессивных расстройств почти аналогичны тем, которые отмечаются только при расстройстве поведения, при этом обе группы имеют высокий риск развития антисоциального расстройства личности, совершения официально регистрируемого преступления и злоупотребления алкоголем / алкогольной зависимости. В небольшой выборке, о которой сообщали Harrington и коллеги (1991), риск развития депрессивных расстройств был ниже, чем у испытуемых с первичным диагнозом депрессии. Однако в более крупной выборке, изученной Fombonne и коллегами (1999), в группе испытуемых с сопутствующими нарушениями были высокие показатели депрессии, а также последствий в форме антисоциального поведения во взрослой жизни.

Риск развития депрессии у взрослых может возникать разными путями. Непрерывность начиная с более ранних сочетанных расстройств может прогнозировать один

путь развития, хотя полученные с помощью опросников данные свидетельствуют о том, что это не всегда соответствует действительности (Rutter, 1991). У лиц с подростковым антисоциальным поведением отмечались повышенные показатели эмоционального дистресса в ранний период взрослости, которые не зависели от степени эмоциональных нарушений в юности. Зато исходы могут зависеть от антисоциального образа жизни в последующем. Robins (1978) одним из первых отметил, что неприятности на работе, плохие супружеские отношения и другие сопутствующие моменты текущих антисоциальных нарушений могут выполнять функцию стрессоров во взрослой жизни. Champion и коллеги (1995) проверили именно это в 20-летнем катамнестическом исследовании популяционных выборок. Отклоняющееся от нормы поведение в детском возрасте сильно коррелировало с серьезными неблагоприятными событиями в период взрослости, особенно с теми, которые, как известно из других исследований, действуют как факторы, провоцирующие развитие психического расстройства (Brown & Harris, 1978). Во многих случаях они зависели от особенностей поведения молодых людей; кроме того, раннее отклоняющееся поведение также коррелировало с повышенными показателями независимых значимых событий, особенно с теми, которые отражали длительные психологические проблемы, социальные трудности и отсутствие поддерживающих отношений у взрослого. Как прямо, так и косвенно ранние нарушения поведения, по-видимому, привносят высокий риск развития аффективных расстройств в зрелом возрасте.

Связь между тревогой и антисоциальными формами поведения оказалась более сложной (Lahey *et al.*, 1995). Причина, возможно, в том, что два родственных, но различных аспекта тревоги/застенчивости — торможение и избегание в социальном поведении — часто имеют общие признаки. Оценивая их раздельно, Кегг и коллеги (1997) показали, что в качестве защитного фактора действует именно торможение проявлений поведения, а не отсутствие социальных связей с делинквентными ровесниками. В их исследовании мальчиков сочетание компонентов «агрессивность–торможение» было защитным фактором в отношении делинквентности, тогда как сочетание избегания и дезорганизованного поведения — фактором риска как устойчивых антисоциальных форм поведения, так и депрессии. Таким образом, неблагоприятные исходы, выявленные в других исследованиях в группах испытуемых с застенчивостью/замкнутостью и агрессией (Fleming *et al.*, 1982; McCord, 1988; Serbin *et al.*, 1991), могут в значительной степени отражать последний вариант сочетания. В главе 5 этой книги Hill рассматривает влияние возможных биологических факторов на торможение и избегание в поведении.

Возраст начала

Подход с более очевидных позиций теории развития к пониманию колебаний в степени устойчивости поведения основан на исследованиях по изучению возраста начала. Раннее начало антисоциального поведения — один из самых сильных предикторов непрерывности расстройств с дезорганизованным поведением в течение всего детства (Loeber, 1982), а раннее начало делинквентности демонстрировало почти аналогичную корреляцию с устойчивостью преступности у взрослых (Farrington *et al.*, 1990*b*). Факторы риска антисоциального поведения с началом в детском и подростковом возрасте систематически различаются, и, как мы уже видели, хотя правонарушения у взрос-

лых демонстрируют четкий наследственный компонент, делинквентное поведение подростков в значительной степени можно связать с совпадающими (общими) средовыми воздействиями (DiLalla & Gottesman, 1989; Lyons *et al.*, 1995).

Основываясь на этих наблюдениях, многие исследователи предлагали разделение в соответствии с возрастом начала (DiLalla & Gottesman, 1989; Hinshaw *et al.*, 1993; Patterson & Yoerger, 1993). Наиболее всеобъемлющая модель — возрастная классификация (Moffitt, 1993), в соответствии с которой всех детей с антисоциальным поведением делят на две разные группы: небольшая группа с ранним началом антисоциального поведения, демонстрирующая много уже описанных в этой книге факторов риска и предположительно с довольно постоянным переходом в период взрослости; вторая группа с началом в подростковом возрасте, в которой отмечается кратковременное возрастание показателей распространенности в этот период. Утверждают, что у этих «ограниченных подростковым возрастом» правонарушителей отмечается менее широкий спектр факторов риска и трудностей в раннем возрасте; наоборот, делинквентные формы их поведения в значительной степени вызываются фрустрацией в подростковом возрасте, а также подражанием делинквентным подросткам. Также утверждается, что эти нарушения имеют сравнительно ограниченную продолжительность.

В случае подтверждения эта модель могла бы обеспечить эффективную теоретическую схему. Первые испытания с использованием данных о детях и подростках представляются многообещающими (Jeglum Bartusch *et al.*, 1997), выявляя фактор начала в детском возрасте, который демонстрирует предполагаемую связь с гиперактивностью, недостаточными вербальными навыками, признаками импульсивной личности и повышенным риском совершения насильственных правонарушений в детском возрасте, а также отдельный фактор начала в подростковом возрасте, более тесно связанный с делинквентностью ровесников. Однако возникает несколько вопросов. Во-первых, как известно, отнюдь не все нарушения поведения с началом в детском возрасте переходят в подростковый возраст (Moffitt *et al.*, 1996). Это свидетельствует о том, что случаи с ранним началом составляют «ограниченную периодом детства» отдельную группу, для которой нехарактерен неблагоприятный долгосрочный прогноз. На сегодняшний день неясно, характерны ли для этой группы менее выраженная индивидуальная уязвимость, менее серьезные или устойчивые средовые факторы риска либо благоприятные защитные факторы.

Во-вторых, согласно этой модели основной прогноз состоит в том, что группы с началом нарушения в подростковом возрасте будут воздерживаться от антисоциального поведения, как только получат доступ к положению и ролям взрослых. Nagin и коллеги (1995 в Кембриджском исследовании обнаружили только частичное подтверждение этого предположения в отношении лиц мужского пола. К 32 годам мужчины, у которых официально зарегистрированные преступления ограничивались периодом юности и первыми годами после 20 лет, как прогнозировалось, хорошо приспосабливались в своей трудовой жизни и почти не имели (по данным исследования) серьезных разногласий в отношениях со своими женами. Однако в других отношениях их функционирование во взрослой жизни отнюдь не было лишено проблем. Антисоциальный образ жизни продолжался, но регистрируемых преступлений не было. В этой выборке неблагополучных испытуемых ряд факторов, возможно, усугублял эту картину. Необходимо провести дополнительные исследования с привлечением более разнообразных социальных групп, чтобы определить основу для таких продолжающихся нарушений.

В-третьих, нам необходимо выяснить, почему раннее начало коррелирует с риском длительных нарушений: служит ли оно в первую очередь маркером других ранних ослабляющих факторов или показателем тяжести нарушений; или раннее начало само воздействует на вероятность устойчивости антисоциального поведения? В немногочисленных исследованиях, непосредственно посвященных изучению этой последней возможности, получены противоречивые данные. Например, Nagin и Paternoster (1991) нашли доказательства «зависимости от статуса» (предшествующая вовлеченность в правонарушения сама по себе влияла на вероятность вовлеченности в будущем) в анкетах, в которых испытуемые сообщали о сравнительно мелких правонарушениях в поздней юности. Однако Nagin и Farrington (1992) установили, что в период более широких возрастных интервалов связь между возрастом начала и устойчивостью правонарушений почти полностью объяснялась индивидуальными различиями. Tolan и Thomas (1995) выявили небольшое, но значимое влияние возраста начала антисоциального поведения на дальнейшую вовлеченность в правонарушения в подростковом возрасте; это влияние было наиболее выражено в отношении устойчивой склонности к серьезным правонарушениям; возраст начала оказывал меньшее влияние, чем психосоциальные переменные, а также имел меньшее значение у лиц женского, чем мужского пола.

Существует ли также связь раннего начала с устойчивостью антисоциального поведения у девочек? Ретроспективные сообщения о возрасте начала были схожими (ранний возраст) как у мальчиков, так и у девочек, у которых клиническая картина соответствовала критериям антисоциального расстройства личности в выборках ECA (Robins *et al.*, 1991), но другие данные имели более противоречивый характер. Агрессия в подростковом (но не детском) возрасте служила прогностическим признаком совершения правонарушений у девочек (Stattin & Magnusson, 1989), а группирование с ровесниками, склонными к отклоняющемуся поведению, становилось заметным у девочек только в подростковом возрасте (Cairns *et al.*, 1988). Как известно, совокупность официальных данных о правонарушениях свидетельствует о гораздо большем разнообразии начала преступного поведения у женщин, чем у мужчин (Home Office, 1995; Kratzer & Hodgins, 1999), а Tolan и Thomas (1995) установили, что возраст начала является менее важным фактором в прогнозировании устойчивости делинквентного поведения (по сообщениям испытуемых) среди лиц женского пола в конце второго десятилетия жизни. Основываясь на этих наблюдениях, а также учитывая данные о высокой частоте неблагоприятной семейной обстановки и других факторов риска, с которыми сталкиваются девочки с выраженными проявлениями антисоциального поведения, Silverthorn и Frick (1999) предположили, что модель двух траекторий может быть менее приемлемой для лиц женского пола, а возраст начала — менее важным предиктором дальнейших последствий, чем для лиц мужского пола; в остальном большинство девочек могут быть подобными мальчикам с ранним началом расстройства поведения. Пока что предстоит проверить эту интересную гипотезу.

Наконец, существует важный и трудный вопрос относительно «взрослого» начала антисоциального поведения у лиц и мужского, и женского пола. DiLalla и Gottesman (1989) предложили включить в свою возрастную модель отдельную группу «поздно созревающих». Ясно, что при использовании либо диагностических критериев, либо данных о правонарушениях небольшие, но не незначительные группы индивидов уже во взрослой жизни оказываются в данных о распространенности антисоциального по-

ведения и правонарушений, совершенных впервые. Удивительно мало известно об этих группах. В некоторых случаях позднее начало может быть больше кажущимся, чем реальным. Например, Elander и коллеги (2000) получили данные (как минимум) о незначительных проявлениях делинквентности до наступления совершеннолетия почти у всех участников клинической выборки, у которых первые зарегистрированные судимости отмечались после 22-летнего возраста. Известно, что некоторые выраженные формы антисоциального поведения формируются в контексте тяжелых психических расстройств или в ответ на травму: впервые начавшееся в период взрослости выраженное антисоциальное поведение в основном может быть следствием именно такой причины (Hodgins, 1993). Что касается преступности, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков правонарушения также могут иметь большое значение (Kaplan, 1995), а социологи, изучающие женщин, приводят доводы в пользу некоторых специфических для женщин источников преступности в период взрослости, которые отражают ответные реакции на давление или требования со стороны окружения (Daly, 1993; Heidensohn, 1994). Необходимо, чтобы всеобъемлющие возрастные модели предоставили более систематическую характеристику этих важных групп.

Механизмы стабильности и прерывности: взаимодействия между индивидом и средой

Выявление типов индивидуальных факторов риска, связанных с устойчивостью нарушений поведения, или групп детей с расстройством поведения с разными траекториями развития представляет собой первый шаг в понимании непрерывности антисоциального поведения в течение длительного времени. Однако сами по себе эти подходы ничего не говорят нам о механизмах, которые способствуют стабилизации склонностей к антисоциальным проявлениям у одних индивидов, но более ограниченным во времени проявлениям у других. Во многих ранних клинических исследованиях скрыто или явно предполагалось относительно автономное развитие патологических процессов. Социологические исследования, напротив, приписывали непрерывность антисоциального поведения одновременно существующему постоянству обстановки, окружающей индивида. Недавно полученные данные свидетельствуют о более сложной картине, при этом особенности развития отражают влияние как особенностей организма, так и факторов внешней среды, а проявление и поддержание склонностей к антисоциальным проявлениям в значительной степени зависит от меняющегося взаимодействия между индивидуальными и средовыми факторами (Magnusson & Cairns, 1996). В следующих разделах книги мы описываем некоторые важные процессы, которые, по-видимому, принимают в этом участие.

Социальное познание

Первый путь к стабилизации проявлений поведения может пролегать через оценки себя и других людей. Согласно принципам социальной психологии большинство влияний опыта осуществляются через когнитивную сферу, а самость формируется из конфигурации схем, представляющих прошлый опыт и личные характеристики, а также

надежды и опасения, направленные в будущее (Markus & Cross, 1990). Установлено, что в этом случае у агрессивных индивидов наблюдаются характерные проявления, например убеждение в том, что агрессивное поведение повышает самооценку и помогает избегать отрицательной оценки со стороны других людей (Slaby &Guerra, 1988). Oyserman и Markus (1990) выявили у правонарушителей дисбаланс между страхом перед будущим и надеждами на него: хотя несовершеннолетние правонарушители боялись неблагоприятных последствий, например, употребляя наркотики, многим недоставало «потенциальной силы Я», которая могла бы обеспечить формирование представления о том, как избежать таких неблагоприятных последствий.

Pettit и коллеги (глава 11) обсуждают связь между ошибочным социальным познанием и нарушениями поведения в детстве. Как показывают авторы, атрибутивные искажения, по-видимому, выполняют некоторую, хотя и скромную, роль в связи между жестоким обращением с детьми в дошкольном возрасте и последующим риском развития у них нарушений поведения спустя примерно пять лет. Еще предстоит установить долгосрочную роль социального познания. Однако ошибки в оценках, схожие с ошибками представителей младших возрастных групп, выявляются у правонарушителей, находящихся в заключении (Dodge *et al.*, 1990), а также у партнеров и супругов с напряженными отношениями и проявлениями насилия (Bradbury *et al.*, 1996: Holtzworth-Munrow & Anglin, 1993). Ошибки социального познания в отношении себя и других людей — это, по-видимому, один из механизмов, способствующих устойчивости отклоняющегося поведения или препятствующих возможности изменений.

Принцип усиления

Второй механизм стабилизации поведения отражает то, что Elder и Caspi (1990) описали как «принцип усиления»: новый или требующий напряжения опыт, хотя, как предполагается, и часто способствует изменению поведения, при некоторых обстоятельствах может усиливать существующие формы поведения. Уязвимые в прошлом индивиды наиболее чувствительны к воздействию стрессоров (Rodgers, 1990), а в новых — неопределенных или непредсказуемых — ситуациях такие индивиды должны обращаться к собственным внутренним ресурсам, решая, как поступать (Caspi & Moffitt, 1993). У детей и подростков с антисоциальными формами поведения новые требования внешней среды, обусловленные переходными периодами в развитии или ситуационными стрессорами, могут лишь подкреплять девиантные тенденции.

Подобные эффекты были отмечены в различных сферах (Rutter, 1994). Заметнее всего враждебные атрибуции агрессивных мальчиков проявляются в новых, неоднозначных или в совершенно непредсказуемых ситуациях. Аналогично, активизация делинквентной деятельности, связанной с безработицей, наиболее выражена у молодых мужчин со «стажем» правонарушений в прошлом (Farrington *et al.*, 1986), а усиление нарушений норм поведения, демонстрируемое рано созревающими девочками (Stattin & Magnusson, 1990), наиболее очевидно у тех, у кого нарушения поведения наблюдались до появления основных изменений, свойственных пубертатному периоду (Caspi & Moffitt, 1991). Установлено, что в каждом случае новые жизненные переживания, вызывающие напряжение или психотравмирующие, усиливают ранее существовавшие формы поведения.

Как показывают эти примеры, изменения и биологических, и социальных ролей в подростковом возрасте и в начале периода зрелости создают возможности для таких эффектов усиления. На сегодняшний день не совсем ясно, в какой степени они несут в себе долгосрочные последствия. Что касается раннего пубертатного периода, Stattin и Magnusson (1990), например, установили, что к 15-летнему возрасту большинство различий в уровне развития девочек с ранним и поздним созреванием уменьшаются. Наиболее явные последствия в ранний период взрослости возникали у женщин в том случае, если они в детстве выбывали из школы; позже, в будущем, уровень образования оставался низким многие годы. Как и в других сферах, эффекты неблагоприятных событий, по-видимому, были наиболее заметными в тех случаях, когда они блокировали дальнейшие благоприятные возможности или удерживали людей в неблагоприятных условиях, которые предоставляют мало возможностей для избавления от них.

Непрерывность факторов окружающей обстановки

Если измененная окружающая обстановка может способствовать устойчивости антисоциальных форм поведения, то непрерывность условий окружающей среды также имеет большое значение. Многих детей с антисоциальным поведением неблагоприятная обстановка по-видимому, преследует в течение всего периода развития. Как мы уже упоминали в этой книге (Maughan, глава 7), многие дети с антисоциальным поведением взрослеют в неблагополучных и плохо организованных районах проживания, абсолютно вредных для развития на любой стадии. Одни и те же организации района проживания, которые на ранних этапах не предоставляют адекватной помощи в воспитании или оказании медицинской помощи детям младшего возраста, предлагают ограниченный набор видов деятельности и плохой надзор за подростками, а также ограниченные возможности для работы во взрослой жизни (Caspi & Moffitt, 1995). На сегодняшний день научные исследования, в которых устанавливается связь подобных макросоциальных средовых процессов с более индивидуализированными вмешательствами, все еще находятся в начальной стадии развития (Farrington *et al.*, 1993; Sampson, 1992). К тому же проведено мало исследований по изучению непосредственного влияния постоянства таких более общих средовых факторов на формирование поведения. В детстве значительная часть эффекта неблагоприятной обстановки района проживания, по-видимому, опосредуется через семейные факторы риска (Rutter *et al.*, 1975; Sampson, 1992). В подростковом возрасте и в период взрослости могут возникать более непосредственные эффекты. Как известно, многие текущие данные о долгосрочных последствиях получены при изучении выборок из неблагополучных районов, участники которых, вероятно, столкнулись с подобными трудностями. Для уточнения происходящих в этих случаях процессов очень большое значение имеют сравнительные исследования групп испытуемых с менее выраженными нарушениями наряду с включением характеристик сообщества в анализ, ориентированный на индивида.

Выбор и формирование окружающей обстановки

В дополнение к непрерывности этих более широких факторов внешней среды на сегодняшний день ясно, что поступки индивидов также имеют значение для выбора и

формирования окружающей обстановки, в которой они живут. В этом, по-видимому, участвуют как эвокативные, так и активные взаимодействия между индивидом и окружающей средой (Caspi & Moffitt, 1995). В раннем детском возрасте эвокативные процессы могут быть наиболее явными. Известно, что характерные особенности ребенка вызывают у опекающих его лиц различные реакции (Bell & Chapman, 1986; Lytton, 1990), а оппозиционные формы поведения в раннем возрасте провоцируют возникновение в семье развивающихся по спирали навязываемых взаимообменов (Patterson, 1982). По мере развития, когда автономия индивидов возрастает, увеличивается количество вариантов для более непосредственного выбора и формирования окружающей обстановки (Scar, 1992; Scarr & McCartney, 1983).

Результаты генетического анализа поведения показывают значимость таких процессов для устойчивости антисоциальных склонностей (Kendler, 1995). Как упоминалось, влияние генетических и специфических средовых факторов на антисоциальное поведение становится более явным во взрослой жизни. Однако важно отметить, что никакие новые генетические или средовые семейные факторы риска, по-видимому, не включаются «в контур управления» в период между подростковым возрастом и наступлением взрослости (Lyons *et al.*, 1995). Вместо этого в более поздний период развития проявляется влияние генетических факторов, потому что они действуют на этой стадии, влияя не только на поведение, но и на выбор индивидом межличностных отношений и социального окружения, согласующегося с его наклонностями. В некоторых случаях окружение может формироваться не такими непосредственными — тем не менее действенными — способами путем накопления последствий нарушений раннего возраста. Сейчас мы остановимся на трех основных источниках таких влияний: социальный выбор групп подростков-сверстников; последствия нарушений поведения при переходе к ролям взрослого; ассортативный выбор партнеров в жизни.

Отношения с ровесниками

Отношения со сверстниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению, — наиболее значимые корреляты делинквентности подростков (Thornberry & Krohn, 1997; Vitaro *et al.*, глава 13). Более долгосрочные эффекты отношений подростков со сверстниками изучены в меньшей степени. У некоторых девочек ранняя связь с ровесниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению, очевидно, представляет собой основной «мостик» к совместному проживанию с супругом, принадлежащим к этому кругу (Quinton *et al* , 1993). Warr (1993) утверждал, что у лиц мужского пола дружеские отношения с правонарушителями могут быть особенно «прочными» и сами по себе имеют тенденцию сохраняться длительное время. Вызывают интерес данные о более позднем периоде развития, свидетельствующие о том, что непрерывность поведения у лиц мужского пола после двадцати и в первые годы после 30 лет продолжает в значительной степени ассоциироваться со связью с ровесниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению (Farrington, 1991; Graham & Bowling, 1995). У некоторых индивидов отношения со сверстниками в подростковом возрасте могут намечать ранние шаги в цепи событий, которые усугубляют — прямо или косвенно — уже имеющиеся отклонения от нормы.

Ранний переход к взрослым ролям

Смена социальных ролей в подростковом возрасте и в первые годы взрослости обеспечивает другие пути для формирования окружения. Результаты социологического анализа подтвердили, что выбранные в этот период варианты имеют существенное значение для предстоящих возможностей в последующей жизни (Hogan & Astone, 1986), а исследования по изучению особенностей развития свидетельствуют о том, что различные модели смены ролей также могут оказывать мощное влияние на дальнейшее психосоциальное развитие. В некоторых ситуациях это влияние может быть благоприятным, поскольку приводит к разрыву с прошлым и уходу с опасного пути (Elder, 1986). В других ситуациях эта же смена ролей может подкреплять или усиливать имевшиеся ранее нарушения, отсекая благоприятные возможности, а также «загоняя» индивидов в более серьезно отклоняющиеся от нормы, лишенные поддержки или напряженные межличностные отношения и социальный мир (Caspi *et al.*, 1990; Kerner *et al.*, 1995; Rutter *et al.*, 1995).

У многих подростков с расстройством поведения их импульсивные проявления усугубляют характер ускоренного раннего перехода к взрослым ролям. Это приводит к прерыванию образования, лишает свободы выбора вариантов для трудоустройства, а также рано ввергает их в гетеросексуальные отношения и образование семьи. Например, по данным Национального исследования коморбидности раннее начало расстройства поведения коррелировало с более чем удвоенным риском прекращения учебы в средней школе и оказывало постоянное, хотя и менее заметное, влияние на смену учебных заведений в дальнейшем (Kessler *et al.*, 1995). Результаты других исследований свидетельствуют о том, что это влияние — не просто результат проявления ранее существовавших связей между нарушениями поведения и плохой успеваемостью в школе. Раннее прекращение учебы в школе больше всего заметно среди молодых людей с агрессивными / антисоциальными проявлениями и трудностями в учебе, но нарушения поведения сами по себе также оказывают воздействие (Caspi *et al.*, 1989; Maughan *et al.*, 1985).

Неудивительно, что низкий образовательный ценз затрудняет трудоустройство (Sanford *et al.*, 1994). Кроме того, нарушения поведения могут влиять на раннюю трудовую деятельность более непосредственно по причине слабой инициативы при поиске работы или из-за проблем в отношениях с сотрудниками и работодателями (Caspi *et al.*, 1998). У некоторых молодых правонарушителей стигматизирующие эффекты ареста и тюремного заключения будут усугублять эти трудности, дополнительно ухудшая перспективы на получение работы (Kerner *et al.*, 1995; Sampson & Laub, 1993). Moffitt и коллеги (1996) установили, что начало нарушений поведения и в детском, и в подростковом возрасте коррелировало с повышенным риском безработицы в конце второго десятилетия жизни у лиц мужского пола; однако у девочек-подростков расстройство поведения, по-видимому, имеет меньшее значение для показателей ранней трудовой деятельности (Bardone *et al.*, 1996).

Ранние партнерские отношения и создание семьи могут иметь больше последствий для женщин. Известно, что беременность несовершеннолетних обусловливает особенно много неблагоприятных последствий как для матери, так и для ребенка (Furstenberg *et al.*, 1989). Как в клинической (Kovacs *et al.*, 1994), так и в популяционной выборках (Bardone *et al.*, 1996) девочки с расстройством поведения имели повышенный риск

таких последствий. Со временем эти тенденции могут становиться более заметными. Результаты сравнения когорт (Maughan & Lindelow, 1997) свидетельствуют о том, что по мере того как изменения за большой промежуток времени благоприятствовали более позднему материнству (отцовству), а противозачаточные средства и аборты становились более доступными, в группах девочек, рано ставших матерями, отмечалось больше проявлений отклоняющегося поведения.

Ассортативный выбор партнера по признаку отклоняющегося поведения

Ранние и не дающие поддержки супружеские отношения также могут усугублять трудности функционирования индивида. По данным Данидинского исследования девочки с расстройством поведения в подростковом возрасте в пять раз чаще, чем другие, вступали в сожительство до достижения 21 года. Во многих подобных случаях отношения были лишены взаимной поддержки; в первые годы после 20 лет почти половина этих девочек подвергались какой-либо форме физического насилия со стороны своего партнера. На сегодняшний день сравнительно мало известно о более проксимальных процессах, причастных к этим эффектам. Однако риск формирования лишенных взаимной поддержки партнерских отношений, по-видимому, отчасти зависит от подбора партнера по признаку отклоняющегося от нормы поведения. Quinton и коллеги (1993) установили, что девочки с нарушениями поведения в прошлом гораздо чаще, чем их ровесницы, впервые вступают в сожительство с мужчинами, предрасположенными к отклоняющемуся поведению. Эти отношения отражали результат серии ранее существовавших факторов, включая группирование подростков с ровесниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению, отсутствие поддерживающих наставлений от членов семьи, ранние беременности, а также отсутствие навыков «планирования» у многих девочек. Схожие данные подбора партнера по признаку «отклоняющееся поведение» получены и в других выборках (Krueger *et al.*, 1998).

Употребление алкоголя и других психоактивных веществ

Мы не можем завершить этот раздел, не отметив сильных и взаимно подкрепляющих связей между проблемами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, и антисоциальным поведением (см. обзор Kaplan, 1995; Tonry & Wilson, 1990). Анализ обширной литературы, в которой изучались эти связи, выходит за рамки этой главы. Для наших целей можно осветить лишь несколько основных связей. Во-первых, нарушения поведения в детстве являются сильными прогностическими признаками употребления алкоголя и других психоактивных веществ (Robins & McEvoy, 1990), а девиантный образ жизни взрослого дополнительно повышает вероятность злоупотребления алкоголем (Kerner *et al.*, 1997). Сложная связь между употреблением алкоголя и агрессией широко обсуждалась и, по-видимому, включает фармакологические, психологические и социальные эффекты (Fagan, 1990). Что касается употребления наркотиков, данные, полученные в США, свидетельствуют о том, что небольшие группы лиц с тяжелой зависимостью от нескольких наркотиков ответственны за существенную долю корыстных преступлений, однако в большинстве случаев такая связь менее очевидная (Chaiken & Chaiken, 1990). Возможно, злоупотребление алкоголем, значимое для устойчивости антисоциального поведения, также нарушает

многие аспекты социального функционирования; особенно уязвимы, по-видимому, супружеские отношения и стабильность трудоустройства (Sampson & Laub, 1993; Vaillant, 1983). Последние часто выполняют основную роль в воздержании от совершения преступлений, как мы покажем в следующих разделах. Употребление алкоголя и других психоактивных веществ, кроме его прямой связи с агрессивными действиями или преступлениями, может способствовать поддержанию антисоциального поведения косвенным путем, а именно подвергая опасности роли и взаимоотношения взрослых, которые сами обеспечивают варианты возможностей для изменения.

Накопление последствий: дополнительные звенья одной цепи

В совокупности упомянутые данные подтверждают, что важные пути для непрерывности антисоциального поведения проходят через включение в неблагоприятную среду, а также накопление последствий нарушений поведения в раннем возрасте (Rutter *et al.*, 1995). Из-за особого характера выбора ровесников и партнерских отношений многие подростки с расстройством поведения рано вступают в свою взрослую жизнь с ограниченными материальными ресурсами, со слабой перспективой на получение работы, с не дающими поддержки личными отношениями и ответственностью за иждивенцев. С точки зрения развития возникают следующие основные вопросы: в какой степени эти аспекты способствуют устойчивости неэффективного функционирования, а также в какой мере, если удается избежать таких отрицательных последствий, существуют благоприятные возможности, позволяющие со временем изменить траектории развития.

В настоящее время некоторые исследователи показывают, что подобные процессы действительно в значительной степени способствуют устойчивости антисоциального поведения с возрастом. Неблагоприятные последствия в одной стадии развития повышают риск его устойчивости в следующей за ней другой стадии, действуя как «мостик», ведущий к еще более отклоняющимся от нормы путям. Представленные модели — в разное время описанные как эффекты «мостика» (Farrington, 1986b), процессы кумулятивной непрерывности (Caspi & Moffitt, 1995), дополнительные звенья одной цепи (Rutter & Rutter, 1993; Rutter, 1997) или, более специфически в области криминологии, процессы социальной исключенности и маргинализации (Kerner *et al.*, 1995) — свидетельствуют о том, что непрерывность антисоциального поведения зависит не только от устойчивости характерных особенностей индивида, но в значительной степени и от подобных опосредованных механизмов.

К настоящему времени предоставлено несколько эмпирических доказательствах этих эффектов. Например, Fergusson и Horwood (1996) установили, что группирование с ровесниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению, объясняло существенную долю непрерывности между нарушениями поведения в детстве и правонарушениями в подростковом возрасте. Непрерывность непосредственных поведенческих проявлений была явной, но опосредованные влиянием ровесников эффекты объясняли почти половину наблюдаемых корреляций. Caspi и коллеги (1990), проследив последствия у взрослых мужчин с приступами гнева в раннем возрасте, сообщили об аналогичной закономерности. Импульсивные черты личности переходили в период взрослости; однако, в дополнение к этому, нарастающее ухудшение профессионального статуса отчасти было обусловлено дополнительными эффектами недостаточной обра-

зовательной подготовки к трудовой деятельности. В то же время Kerner и коллеги (1995) приводили доводы в пользу динамических процессов в формировании преступной «карьеры», в силу чего кумуляция эффектов проявлений поведения, атрибуций, санкций и стигмы в течение жизни в нарастающей степени ограничивает возможности для перехода на нормальный путь, а также повышает риск устойчивости преступного поведения. Как мы уже узнали, у девочек такие же процессы усугубляют риск супружества с мужчиной, предрасположенным к отклоняющемуся поведению (Quinton *et al.*, 1993). Отсутствие поддержки в семье в подростковом возрасте, отсутствие стремления к «планированию» собственной жизни, а также связь с ровесниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению, — каждый фактор, следуя один за другим, повышал у девочек риск сближения с партнерами, предрасположенными к отклоняющемуся поведению. Пути к более отдаленным последствиям в значительной степени зависели от этих факторов переходного периода.

Разрыв цепи: поворотные пункты в течение жизни

Основной вывод из представленных моделей, несомненно, состоит в том, что у детей с расстройством поведения, которые избегают подобных неблагоприятных последствий, должна быть более низкая вероятность устойчивости отклоняющихся форм поведения. Высказано предположение, что у лиц с самым высоким уровнем риска поддерживающие роли или взаимоотношения в период взрослости выполняют функцию поворотных пунктов, предоставляющих благоприятные возможности для изменения более длительно существующих траекторий отклоняющегося от нормы развития (Caspi & Moffitt, 1993; Pickles & Rutter, 1991; Rutter, 1996; Sampson & Laub, 1993). Три широкие категории событий, по-видимому, создают возможности для такого типа поворотных пунктов: события, открывающие новые благоприятные возможности; события, приводящие к коренному изменению окружающей среды (возможно, особенно учитывая близкие отношения); события, оказывающие заметное влияние на Я-систему или на мнения и ожидания других людей (Rutter, 1996).

Оценка изменений

Многие кажущиеся изменения в поведении представляют собой не более чем ошибки или случайные колебания показателей (Fergusson *et al.*, 1995; Moffitt *et al.*, 1993). Чтобы наглядно продемонстрировать систематическое изменение, необходимо соблюдать несколько методологических принципов. Первый и самый главный — проведение лонгитудинальных исследований с повторными оценками у одних и тех же индивидов до предполагаемого поворотного пункта и после него. Из-за слабых показателей поведения может создаваться впечатление об изменениях на основании артефактов. В этом случае одной мерой предосторожности является оценка нескольких показателей наряду с использованием статистических техник, предназначенных для учета погрешности измерения и стойкой латентной геторогенности индивидов (Nagin & Paternoster, 1991; Sampson & Laub, 1993; Zoccolillo *et al.*, 1992). Далее необходимо проанализировать широкий спектр более отдаленных последствий, чтобы иметь возможность дифференцировать гетеротипную непрерывность и изменения (Robins, 1986; Zoccolillo *et al.*, 1992).

Третий принцип — необходимо уделять такое же пристальное внимание характеристике особенностей событий, которые, по-видимому, дают эффекты поворотных пунктов. Например, сам по себе брак может оказывать незначительное влияние на отказ от совершения правонарушений (West, 1982). Более тщательное изучение тех аспектов взаимоотношений, которые, по теоретическим предположениям, имеют большое значение, — гармонический, поддерживающий брак, стимулирующий положительные социальные связи, — показало совершенно иную картину (Quinton & Rutter, 1988; Sampson & Laub, 1993).

Чтобы выявить возможные поворотные пункты, анализ следует сосредоточить на тех сегментах вошедшей в исследование популяции, которым новые события (опыт) предоставляют благоприятную возможность изменяться. В выборках неблагополучных и предрасположенных к отклоняющемуся поведению испытуемых они могут быть совсем небольшими; немногие индивиды с отклоняющимся поведением в прошлом создают гармоничный брак или очень отдаются работе (Quinton & Rutter, 1988). Из-за этого стандартные пробы при изучении доли выборочной дисперсии, объясняемой такими событиями, могут свидетельствовать о совершенно незначительных эффектах. Поэтому анализ должен планироваться так, чтобы можно было сосредоточиться на тех подгруппах в популяции, в которых можно рассчитывать на изменения (Pickles & Rutter, 1991; Zoccolillo *et al.*, 1992). Наконец, предположения о причинах будут наиболее убедительными в том случае, если наблюдаются и противоположные эффекты; например, в случае брака статистическая вероятность влияния причинного фактора будет усиливаться, если характеристики последствий улучшаются в контексте поддерживающих взаимоотношений, но ослабляться, если эти взаимоотношения разрушатся.

Положительный опыт в период взрослости

Многие исследования, включавшие подобные оценки, наглядно продемонстрировали, что положительные события в период взрослости могут действовать как поворотные пункты, в которых индивиды сворачивают с траекторий отклоняющегося, антисоциального поведения. У лиц обоего пола поддерживающие супружеские отношения имеют основное значение. Получение хорошей работы и переезд в новую местность с новым окружением также важны, особенно для мужчин. Например, Sampson и Laub (1993) выявили сильные эффекты привязанности между супругами и работы на одном и том же месте в снижении риска совершения правонарушений во взрослой жизни. Эффекты были аналогичными у правонарушителей, ранее находившихся в заключении, и в контрольной группе и сохранялись после статистической коррекции в отношении влияния тяжелого пьянства в молодом возрасте. Кроме того, наиболее заметные изменения коррелировали с ролями и отношениями, сформированными в ранний период взрослости, однако последующее повышение стабильности работы или усиление привязанности супругов также сопровождалось дальнейшим снижением уровня преступного поведения.

Чтобы изучить эффекты брака, Farrington и West (1995), используя несколько иной подход, отобрали две тщательно подобранные подгруппы правонарушителей, почти аналогичных по тяжести их предшествующих правонарушений. В течение пяти лет после брака женатые мужчины совершили гораздо меньше правонарушений, чем участники группы, оставшиеся одинокими. Важно то, что если брак разрушался, показа-

тели правонарушений возрастали, что свидетельствует о противоположных эффектах. Laub и коллеги (1993), также изучавшие влияние брака на воздержание от совершения правонарушений, использовали более сложные методы для определения ежегодных эффектов брака. Это более динамичное осмысление — и внесение поправки на ранее существовавшие характеристики — свидетельствовало о том, что явные «поворотные пункты» на самом деле могут возникать достаточно постепенно. Уменьшение количества правонарушений не просто коррелировало с браком самим по себе, оно не происходило немедленно. Со временем оно становилось все более очевидным и возникало в контексте рано формирующихся взаимоотношений, которые также характеризовались социальной сплоченностью. Quinton и Rutter (1988) установили, что в выборке изучаемых ими женщин, которые находились в учреждении закрытого типа, брак с поддерживающим партнером, не предрасположенным к отклоняющемуся поведению, заметно предотвращал проблемы, связанные с воспитанием детей; Zoccolillo и коллеги (1992) также обнаружили схожее положительное влияние брака на непрерывность расстройства поведения и нарушений социального функционирования в этих же выборках. Важно отметить, что на вероятность сближения женщин с поддерживающим партнером влияли защитные факторы психологической установки, однако положительное влияние поддерживающих отношений в браке наблюдались даже тогда, когда они были невыраженными.

Эти данные убедительно подтверждают роль положительного опыта у взрослых во влиянии на траектории антисоциального поведения. Однако еще предстоит прояснить основу этих факторов влияния: происходят ли они, как утверждали Sampson и Laub (1993), в первую очередь под воздействием неформального социального контроля, присущего социальным связям взрослых, или же изменения в большей степени отражают внутриличностные процессы, возникающие вследствие повышения самооценки или измененного социального понимания? Одинаково важно отметить, что в настоящее время мы очень мало знаем о том, насколько общий характер имеют такие эффекты, т. е. сохраняются ли они за пределами своего непосредственного контекста. Данные Farrington и West (1995) о том, что раздельное проживание супругов сопровождалось несколько повышенным показателем совершения правонарушений, свидетельствуют о том, что эффекты могут быть ограниченными во времени, а также зависимыми от контекста. Здесь необходимы дополнительные исследования устойчивых эффектов положительных событий, которые становятся поворотным пунктом на последующих этапах жизни. Кроме того, более растянутый «график» перехода в период взрослости представителей последних поколений может в значительной степени влиять на возраст, в котором молодые люди получат доступ к реальной взрослой жизни (Graham & Bowling, 1995), и, следовательно, на долговременные тренды в устойчивости преступного поведения.

Защитные факторы

В заключение мы кратко остановимся на вопросе об индивидуальных и социальных факторах, которые могут предотвращать продолжение отклоняющегося поведения и совершения преступлений. В этом случае необходимы планы исследований групп высокого риска, чтобы определить влияние, сравнивая развитие индивидов групп эквивалентного раннего риска, у которых есть защитные факторы, с теми, у кого их нет.

В последнее время было предпринято несколько подобных исследований. Как и ожидалось на основании устойчивой связи антисоциальных форм поведения со сниженными интеллектуальными способностями, высокий коэффициент интеллекта оказывает защитное действие в отношении преступного поведения в группах риска (Kandel *et al.*, 1988), а вмешательства, направленные на повышение мотивации к учебе, также коррелируют со снижением уровня правонарушений (Yoshikawa, 1994). Как известно, способность к сдерживанию поведенческих проявлений может быть защитным фактором в отношении делинквентности в подростковом возрасте (Kerr *et al.*, 1997), и просоциальные склонности значимо влияли на сглаживание долгосрочных последствий отклоняющегося поведения в детском возрасте в других выборках (Hämäläinen & Pulkinnen, 1996).

Кроме того, в нескольких исследованиях показано, что индивидуальная склонность к планированию (Clausen, 1991) имеет большое значение. Плановый, продуманный подход к возможности делать выбор в своей жизни может быть особенно важным для несовершеннолетних с отклоняющимся поведением, а также для тех, кто пользуется ограниченной поддержкой со стороны семьи или более широкого окружения при планировании своей жизни. Например, Shanahan и коллеги (1996) установили, что планирование имело огромное значение для результатов в области образования и профессиональной деятельности в когортах в тех случаях, когда обстановка в детских учреждениях недостаточно способствовала продолжению обучения. Champion и коллеги (1995) показали, что планирование коррелировало со сниженным риском воздействия неблагоприятных жизненных событий, а Quinton и Rutter (1988), а также Quinton и коллеги (1993) выявили существенное влияние планирования на развитие девочек, воспитывавшихся в детских домах. В этой выборке планирование, по-видимому, было наиболее уместным при выборе партнера, поскольку снижало вероятность того, что девочки с психосоциальным профилем высокого риска или с расстройством поведения в прошлом вступят в партнерские отношения, исключающие поддержку. В популяционной контрольной группе явных сопоставимых эффектов не наблюдалось. Поддержка со стороны семьи наряду с более редкими случаями установления связей с ровесниками, предрасположенными к отклоняющемуся поведению, по-видимому, дополнительно способствует выбору партнерских отношений. Эффекты планирования также менее заметны среди мужчин, воспитывавшихся в детских учреждениях (Rutter *et al.*, 1990), это отражает в общем более низкую вероятность связи с партнером, предрасположенным к отклоняющемуся поведению.

Наконец, исследователи начали изучать психофизиологические факторы, которые могут предотвращать устойчивость антисоциальных форм поведения. Например, Raine и коллеги (1995) сообщили о том, что у испытуемых с антисоциальным поведением в подростковом возрасте, воздерживавшихся в период взрослости от совершения преступлений, в юности отмечался высокий уровень активности вегетативной нервной системы, превышающий таковой у лиц контрольной группы с нормальным поведением. Конечно, эти первые результаты требуют подтверждения; однако в случае их воспроизведения они могут дать важный ключ к разгадке гетерогенности развития в подростковом возрасте и обеспечат дополнительные индикаторы для тех групп, в которых отклоняющееся поведение мало обусловлено психофизиологической предрасположенностью, а больше всего средовыми и контекстуальными факторами.

Выводы

В последние годы мы существенно углубили наше понимание непрерывности антисоциального поведения в процессе развития индивида. В настоящее время ясно, что долговременные факторы риска не ограничиваются тяжелыми антисоциальными последствиями; что при нарушениях поведения с началом в детском и подростковом возрасте могут варьироваться как факторы риска, так и отдаленные последствия; что развитие последствий у взрослого отчасти зависит от устойчивости характерных особенностей индивида и в значительной степени зависит от событий переходных периодов — каждый из этих элементов может с течением времени поддерживать или менять направление поведенческих траекторий. Генетический анализ поведения начал прояснять взаимодействие между наследуемыми и внешними факторами риска, а лонгитудинальные исследования дают все более подробную картину сложных воздействий, которые формируют всю жизнь индивида.

Несмотря на эти успехи еще предстоит ответить на основные вопросы. В процессе обсуждения мы указали на некоторые из них, а здесь остановимся лишь на нескольких. Во-первых, основную проблему продолжает представлять гетерогенность антисоциального поведения. В настоящее время ясно, что долгосрочная устойчивость его ассоциируется с гиперактивностью/импульсивностью, обычно предполагает раннее начало, часто включает слабо выраженную реакцию на стресс, а также может зависеть от плохих отношений с ровесниками. Пока неясно, насколько эти признаки отражают одну или несколько диагностических категорий, или лучше их рассматривать с точки зрения размерности: ответы на эти вопросы будут иметь большое значение для классификации антисоциальных расстройств.

Во-вторых, хотя многие разнообразные механизмы поддержания антисоциального поведения уже описаны, мы до сих пор почти ничего не знаем о задействованных — более проксимальных — процессах. Например, классификация по признаку «девиантность» могла бы отражать определенный спектр процессов: активный выбор партнеров, предрасположенных к отклоняющемуся поведению; ограничение «поля возможных» партнеров, из которых молодые люди с расстройством поведения могут выбирать свою пару; эффекты остатков, когда другие более просоциальные индивиды эффективно «исключают из своего выбора» антисоциальных индивидов. Аналогичные вопросы возникают почти во всех сферах, которые мы рассматривали. Чтобы развивать теорию, а также научиться предотвращать антисоциальные формы поведения, в будущих исследованиях эти более проксимальные процессы должны стать основным объектом изучения.

В-третьих, мы обратили внимание на опосредованные причинные связи, через которые последующий опыт усиливает или изменяет более ранние поведенческие паттерны. Мы также показали, как индивидуальные различия способствуют формированию или выбору окружения в дальнейшем. Но нам почти ничего не известно о роли индивидуальных различий в реагировании на окружение в старшем подростковом возрасте или во взрослой жизни. Например, дает ли гармонический брак такие же эффекты у индивидов с рано проявляющимся антисоциальным поведением, связанным с гиперактивностью, как и у индивидов с менее выраженными индивидуальными факторами риска? Влияют ли формирование и выбор окружающей среды в первую очередь на последствия в группе лиц самого высокого первоначального риска? На сегодняшний

день эти разные и трудные вопросы изучали отдельные группы исследователей, при этом каждая из них подходила к возрастным аспектам антисоциального поведения с несколько различающихся точек зрения. Обилие исследований в изучаемой сфере свидетельствует о ценности этих разных подходов. В то же время, несомненно, наиболее крупных успехов в последующие годы можно ожидать от интеграции различных сфер, а также от усилий, направленных на то, чтобы свести вместе — как концептуально, так и методологически — в настоящее время разрозненные источники рассмотренных здесь данных.

ЛИТЕРАТУРА

Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101,* 213–32.

Achenbach, T.M., Howell, C.T., McConaughy, S.H. & Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample: III. Transitions to young adult syndromes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 658–69

Angold, A., Erkanli, A., Costello, E.J. & Rutter, M. (1996). Precision, reliability and accuracy in the dating of symptom onsets in child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 657–64.

Anthony, J.C. & Helzer, J.E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America* (pp. 116–54). New York: The Free Press.

August, G.J. & Stewart, M.A. (1982). Is there a syndrome of pure hyperactivity? *British Journal of Psychiatry,* 140,305–11.

Babinski, L.M., Hartsough, C.S. & Lambert, N.M. (1999). Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 347–55.

Bardone, A.M., Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N. & Silva, P.A. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology, 8,* 811–29.

Bardone, A.M., Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N. & Silva, P.A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 594–601.

Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. *8i* Smallish, L. (1990). The adolescent outcome hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 294,* 546–57.

Bell, Q. & Chapman, M. (1986). Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. *Developmental Psychology, 22,* 595–603.

Blumstein, A., Cohen.J., Roth, J.A. & Vishner, C.A. (Eds.) (1986). *Criminal Careers and "Career Criminals".* Washington DC: National Academy Press.

Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G.R. Bock & J.A. Goode (Eds.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour. CIBA Foundation Symposium 194* (pp. 99–194). Chichester: John Wiley & Sons.

Bradbury, T.N., Beach, S.R.H., Fincham, F.D. & Nelson, G.M. (1996). Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 569–76.

Brown, G.W. & Harris, T.O. (1978). *The Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women.* London: Tavistock.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M.A. (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 916–24.

Cairns, R.B., Cairns, B.D. & Neckerman, H.J. (1989). Early school dropout: configurations and determinants. *Child Development, 606,* 1437–52.

Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S. & Gariepy,J.-L. (1988). Social networks and aggressive behavior: peer support or peer rejection? *Developmental Psychology, 24,* 815–23.

Canino, G., Bird, H.R., Rubio-Stipec, M. & Bravo, M. (1995). Child psychiatric epidemiology: what we have learned and what we need to learn. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 5, 79–92.*

Cantwell, D.P. &. Rutter, M. (1994). Classification: Conceptual issues and substantive findings. In E. Taylor, L. Hersov & M. Rutter (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modem Approaches* (pp. 3–21). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Caspi, A., Elder, J.G.H. & Herbener, E.S. (1990). Childhood personality and the prediction of life-course patterns. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 13–55). New York: Cambridge University Press.

Caspi, A. & Moffitt, T.E. (1991). Individual differences are accentuated during periods of social change: the sample case of girls at puberty. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 157–68.

Caspi, A. & Moffitt, T.E. (1993). When do individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. *Psychological Inquiry, 4,* 247–71.

Caspi, A. & Moffitt, T.E. (1995). The continuity of maladaptive behaviour: from description to understanding in the study of antisocial behaviour. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology,* Vol. 2 (pp. 472–511). New York: John Wiley & Sons.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.L. *Si* Silva, P.A. (1996) Behavioral observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 53,* 1033–9.

Caspi, A., Wright, B.R. Moffitt, T.E. & Silva, P. (1998). Early failure in the labor market: childhood and adolescent predictors of unemployment in the transition to adulthood. American *Sociological Review, 63,* 424–51.

Chaiken, J.M & Chaiken, M.R. (1990). Drugs and predatory crime. In M. Tonry & J.Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime: Crime and Justice, a Review of Research 13* (pp. 203–40). Chicago: University of Chicago Press.

Champion, L.A., Goodall, G.M. & Rutter, M. (1995). Behaviour problems in childhood and stressors in early adult life: a twenty year follow-up of London school children. *Psychological Medicine, 25,* 231–46.

Clark, L.A., Watson, D. & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification ofpsychopathology: challenges to the current system and future directions. Annual Review *of Psychology, 46,* 121–53.

Clausen, J. (1991). Adolescent competence and the shaping of the life course. *American Journal of Sociology, 96,* 805–42.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., *et al.* (1993*a*). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence — I. Age- and gender-specific prevalence, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34,* 851–67.

Cohen, P., Cohen, J. & Brook, J. (1993*b*). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence —II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34,* 869–77.

Crowe, R.R. (1974). An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry, 31,* 785–91.

Daly, K. (1993). *Gender Crime and Punishment.* New Haven: Yale University Press.

DiLalla, L.F. & Gottesman, I.I. (1989). Heterogeneity of causes for delinquency and criminality: lifespan perspectives. *Development and Psychopathology, 1,* 339–49.

Dodge, K.A., Price, J.N., Bachorowski, J.A. & Newman, J.P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 385–92.

Dunn, G., Everitt, B. & Pickles, A. (1993). *Modelling Covariances and Latent Variables using EQS.* London: Chapman & Hall.

Elander, J., Rutter, M., Simonoff, E. & Pickles, A. (2000). Explanations for apparent late onset criminality in a high-risk sample of children followed-up in adult life. *British Journal of Criminology, 40,* 497–509.

Elder. G.H.J. (1986). Military times and turning points in men's lives. *Developmental Psychology, 22,* 233–45.

Elder, G.H. & Caspi, A. (1990). Studying lives in a changing society: sociological and personalogical explorations. In A.I. Rabin, R.A. Zucker, S. Prank & R.A. Emmons (Eds.), *Studying Persons and Lives* (pp. 201–47). New York: Springer.

Elliott, D.S., Ageton, S.S., Huizinga, D., Knowles, B.A. & Canter, R.J. (1983). *The Prevalence and Incidence of Delinquent Behavior: 1976–1980* (The National Youth Survey Report No. 26). Boulder, CO: Behavioral Research Institute.

Esser, G., Schmidt, M.H. & Woemer, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children — results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 243–63.

Fagan, J. (1990). Intoxication and aggression. In M. Tonry & J.Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 241–320). Chicago: University of Chicago Press.

Farrington, D.P. (1986*a*). Age and crime. In M. Tonry & N. Morris (Eds.), *Crime and Justice: an Annual Review of Research,* Vol. 7 (pp. 189–250). Chicago: University of Chicago Press.

Farrington, D.P. (1986*b*). Stepping stones to adult criminal careers. In D. Olweus, J. Block & M.R. Yarrow (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behaviour* (pp. 359–84). New York: Academic Press.

Farrington, D.P. (1989). Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence and Victims, 4,* 79–100.

Farrington, D.P. (1990). Age, period, cohort and offending. In D.M. Gottfredson & R.V. Clarke (Eds.), *Policy and Theory in Criminal Justice* (pp. 51–75). Aldershot, UK: Avebury.

Farrington, D.P. (1991). Antisocial personality from childhood to adulthood. *The Psychologist, 4,* 389–94.

Farrington, D.P. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology, 32,* 521–36.

Farrington, D.P., Gallagher, B., Morley, L., St Ledger, R.J. & West, D.J. (1986). Unemployment, school leaving and crime. *British Journal of Criminology, 26,* 335—56.

Farrington, D.P., Loeber, R., Elliott, D.S., *et al.* (1990b). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 283–342). New York: Plenum Press.

Farrington, D.P., Loeber, R. & Van Kammen, W.B. (1990a). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 62–81). New York: Cambridge University Press.

Farrington, D.P., Sampson, R.J. & Wikström, P.-O.H. (Eds.) (1993). *Integrating Individual and Ecological Aspects of Crime.* Stockholm: National Council for Crime Prevention.

Farrington, D.P. & West, D.J. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: risk and protective factors and early identification. *Criminal Behaviour and Mental Health, 3,* 492–523.

Farrington, D.P. & West, D.J. (1995). Effects of marriage, separation, and children on offending by adult males. In Z. Smith Blau (Series Ed.) & J. Hagan (Vol. Ed.), *Current Perspectives on Aging and the Life Cycle: Delinquency and Disrepute in the Life Course* (pp. 249–81). Greenwich: JAI Press.

Farrington, D.P. & Wikström, P-O.H. (1994). Criminal careers in London and Stockholm: a cross-national comparative study. In E.G.M. Weitekamp & H.-J. Kerner (Eds.), *Cross-national Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior* (pp. 65–89). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Feehan, M., McGee, R. & Williams, S.M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1118–26.

Ferdinand, R.F. & Verhulst, F.C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1586–94.

Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1996). The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile offending. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 205–21.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1995). The stability of disruptive childhood behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23,* 379–96.

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. & Horwood, L.J. (1996). Origins of comorbidity between conduct and affective disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 451–60.

Fleming, J.P., Kellam, S.G. & Brown, C.H. (1982). Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana, and cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence, 9,* 295–303.

Fombonne, E., Cooper, V., Wostear, V., Harrington, R. & Rutter, M. (1999). Adult outcomes of childhood depression — Effects of comorbidity. *Poster presented at the 9th meeting of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychiatry (ISRCAP), June 1999, Barcelona, Spain.*

Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., *et al.* (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review, 13,* 319–40.

Furstenberg, F.F., Brooks-Gunn, J. & Chase-Lansdale, L. (1989). Teenage pregnancy and child-bearing. *American Psychologist, 44,* 313–20.

Gottfredson, M.R. & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime.* Stanford: Stanford University Press.

Gould, M. S., Bird, H. & Jaramillo, B. S. (1993). Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21,* 287–313.

Graham, J. & Bowling, B. (1995). *Young People and Crime.* London: Home Office.

Graham, P. & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorder in the young adolescent: a follow-up study. *Proceedings of the Royal Society, 66,* 1226–69.

Guiffra, L.A. & Risch, N. (1994) Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychological Medicine, 24,* 375–83.

Hämäläinen, M. & Pulkkinen, L. (1996). Problem behavior as a precursor of male criminality. *Development and Psychopathology, 8,* 443–55.

Harada, Y. (1995). Adjustment to school, life course transitions and changes in delinquent behavior in Japan. In Z. Smith Blau (Series Ed.) & J. Hagan (Vol. Ed.), *Current Perspectives on Aging and the Life Cycle: Delinquency and Disrepute in the Life Course* (pp. 35–59). Greenwich: JAI Press.

Harrington, R.C., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 434–9.

Hawkins, J.D. & Lishner, D.M. (1987). Schooling and delinquency. In E.H. Johnson (Ed.), *Handbook on Crime and Delinquency Prevention* (pp. 179–221). New York: Greenwood Press.

Heidensohn, F. (1994). Gender and crime. In M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner, *The Oxford Handbook of Criminology.* Oxford: Oxford University Press.

Helzer, J.E., Burnham, A. & McEvoy, L.T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America* (pp. 81–115). New York: The Free Press.

Henry, B., Caspi, A., MofBtt, T.E. & Silva, P.A. (1996). Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions: from age 3 to 18. *Developmental Psychology, 32,* 614–23.

Hinshaw, S.P., Lahey, B.B. & Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 31–49.

Hirschi, T. & Hindelag, M.J. (1977). Intelligence and delinquency: a revisionist review. *American Sociological Review, 42,* 571–87.

Hodgins, S. (Ed.), (1993). *Mental Disorder and Crime.* Newbury Park: Sage.

Hogan, D.P. & Astone, N.M. (1986). The transition to adulthood. *Annual Review of Sociology, 12,* 109–30.

Holmshaw, J. & Simonoff, E. (1996). The validity of a retrospective interview on childhood psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6,* 1–10.

Holtzworth-Munrow, A. & Anglin, K. (1993). Attributing negative intent to wife behavior: the attributions of maritally violent versus nonviolent men. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 206–11.

Home Office, The (1995). *Criminal Careers of those Born between 1953 and 1973.* London: Her Majesty's Stationery Office.

Huesmann, L.R., Eron, L.D., Lefkowitz, M.M. & Walder, L.O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology, 20,* 1120–34.

Jeglum Bartusch, D.R., Lynam, D.R., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1997). Is age important? Testing a general versus a developmental theory of antisocial behavior. *Criminology, 35,* 13–47.

Jensen, P.S., Watanabe, H.K., Richters, J.E., *et al.* (1996). Scales, diagnoses, and child psycho-pathology: II. Comparing the CBCL and the DISC against external validators. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 151–67.

Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth.* New York: Academic Press.

Jessor, R., Donovan, J.E. & Costa, F.M. (1991). *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Developments.* Cambridge: Cambridge University Press.

Kagan, J. (1969). The three faces of continuity in human development. In D.A. Goslin (Ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research* (pp. 983–1002). Chicago: Rand McNally.

Kagan, J. (1980). Perspectives on continuity. In O. Brim & J. Kagan (Eds.), *Constancy and Changein Human Development* (pp. 26–74). Cambridge: Harvard University Press.

Kandel, D., Mednick, S.A., Kirkegaard-Sorensen, L., *et al.* (1988). IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 224–6.

Kaplan, H.B. (Ed.), (1995). *Drugs, Crime and other Deviant Adaptations.* New York: Plenum Press.

Keenan, K., Loeber, R., Zhang, Q., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W. (1995). The influence of deviant peers on the development of boys' disruptive and delinquent behavior: a temporal analysis. *Development and Psychopathology, 7,* 715–26.

Kendler, K.S. (1995). Genetic epidemiology in psychiatry: taking both genes and environment seriously. *Archives of General Psychiatry, 52,* 895–9.

Kendler, K. & Eaves, L. (1986). Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 143,* 279–89.

Kerner, H-J., Weitekamp, E.G.M. & Stelly, W. (1995). From child delinquency to adult criminality. First results of the follow-up of the Ttibingen Criminal Behavior Development Study. *Eurocriminology, 8–9,* 127–62.

Kerner, H-J., Weitekamp, E.G.M., Stelly, W. & Thomas, J. (1997). Patterns of criminality and alcohol abuse: results of the Tubingen Criminal Behavior Study. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7,* 401–20.

Kerr, M., Tremblay, R.E., Pagani-Kurtz, L. & Vitaro, F. (1997). Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. *Archives of General Psychiatry, 54,* 809–16.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Foster, C.L., *et al.* (1997). Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1405–11.

Kessler, R.C., Foster, L.F., Saunders, W.B. & Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1026–32.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., *et al.* (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM–III–R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8–19.

Kessler, R.C., Walters E.E. & Forthofer, M.S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry, 155,* 1092–6.

Kovacs, M., Krol, R.S.M. & Voti, L. (1994). Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls, *Journal of the American Academy of Child, and Adolescent Psychiatry, 33,* 106–13.

Kratzer, L. & Hodgins, S. (1999). A typology of offenders: a test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. *Criminal Behaviour and Mental Health, 9,* 57–73.

Krueger, R.F., Moffitt, T.E., Caspi, A., Bleske, A. & Silva, P.A. (1998). Assortative mating for antisocial behavior: developmental and methodological implications. *Behavior Genetics, 28,* 173–86.

Lahey, B.B., McBurnett, K., Loeber, R. & Hart, E.L. (1995). Psychobiology of conduct disorder. In G.P. Sholevar (Ed.) *Conduct Disorders in Children and Adolescents: Assessments and Interventions* (pp. 27–44). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Langbehn D.R., Cadoret, R.J., Stewart, M.A., Troughton, E.P. & Yates, W.R. (1998). Distinct contributions of conduct and oppositional defiant symptoms to adult antisocial behaviour: Evidence from an adoption study. *Archives of General Psychiatry, 55,* 821–9.

Laub, J.H., Nagin, D.S. & Sampson, R.J. (1998). Trajectories of change in criminal offending: good marriages and the desistance process. *American Sociological Review, 63,* 225–38.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1995). Adolescent psychopathology: III: The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 510–19.

Loeber, R. (1982). The stability of antisocial and delinquent child behaviour: a review. *Child Development, 53,* 1431–46.

Loeber, R., DeLamatre, M., Keenan, K. & Zhang, Q. (1997). Boys' experimentation and persistence in developmental pathways toward serious delinquency. *Journal of Child and Family Studies, 6,* 321–57.

Loeber, R. & Hay, D. (1994). Developmental approaches to aggression and conduct problems. In M. Rutter & D. Hay (Eds.), *Development through Life: A Handbook for Clinicians* (pp. 488–517). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Loeber, R. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14,* 497–523.

Loeber, R. & Schmaling, K. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 337–52.

Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., *et al.* (1993). Developmental pathways in disruptive child behaviours. *Development and Psychopathology, 5,* 101–32.

Lyons, M.J., True, W.R., Eisen, S.A., *et al.* (1995). Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry, 52,* 906–15.

Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: a reinterpretation. *Developmental Psychology, 26,* 683–97.

Magnusson, D. (1988). *Individual Development from an Interactional Perspective: A Longitudinal Study.* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Magnusson, D. & Bergman, L.R. (1990). A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways/ram Childhood to Adulthood* (pp. 101–15). Cambridge: Cambridge University Press.

Magnusson, D. & Caims, R.B. (1996). Developmental science: toward a unified framework. In R.B. Caims, G.H. Elder & E.J. Costello (Eds.), *Developmental Science* (pp. 7–30). Cambridge: Cambridge University Press.

Maguin, E. & Loeber, R. (1996). Academic performance and delinquency. *Crime and Justice, 20,* 145–264.

Markus, H. & Cross, S. (1990). The interpersonal self. In L. Pervin (Ed.). *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 576–608). New York: Guilford Press.

Maughan, B. & Hagell, A. (1996). Poor readers in adulthood: psychosocial functioning. *Development and Psychopathology, 8,* 457–76.

Maughan, B., Hagell, A., Rutter, M. & Yule, M. (1994). Poor readers in secondary school. *Reading and Writing: an Interdisciplinary Journal, 6,* 125–50.

Maughan, B., Gray, G., Smith, A. & Rutter, M. (1985). Reading retardation and antisocial behaviour: a follow-up into employment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26,* 741–58.

Maughan, B. & Lindelow, M. (1997). Secular change in psychosocial risks: The case of teenage motherhood. *Psychological Medicine, 27,* 1129–44.

Maughan, B. & Rutter, M. (1997). Retrospective reporting of childhood adversity: issues in assessing long-term recall. *Journal of Personality Disorders, 11,* 19–33.

Maughan, B., Pickles, A., Hagell, A., Rutter, M. & Yule, W. (1996). Reading problems and antisocial behavior: Developmental trends in comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 405–18.

Maughan, B., Pickles, A. & Quinton, D. (1995). Parental hostility, childhood behavior and adult social functioning. In J. McCord (Ed.), *Coercion and Punishment in Long Term Perspectives* (pp. 34–58). New York: Cambridge University Press.

McCord, J. (1988). Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 49,* 357–62.

McCord, W. & McCord, J. (1960). *Origins of Alcoholism.* Stanford: Stanford University Press.

Menard, S. & Elliott, S. (1990). Longitudinal and cross-sectional data collection and analysis in the study of crime and delinquency. *Justice Quarterly, 7,* 11–55.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T.E. (1994). Natural histories of delinquency. In E.G.M. Weitekamp & H.-J. Kerner (Eds.), *Cross-national Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior* (pp. 3–61). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3–18 years. *Development and Psychopathology, 8,* 399–424.

Moffitt, T., Caspi, A., Fawcett, P., *et al.* (1997). Whole blood serotonin and family background relate to male violence. In A. Raine, D. Farrington, P. Brennan & S.A. Mednick (Eds.), *Biosocial Basis of Science* (pp. 231–349). New York and London: Plenum Press.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harkness, A.R. & Silva, P.A. (1993). The natural history of change in intellectual performance: who changes? How much? Is it meaningful? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34,* 455–506.

Nagin, D.S. & Farrington, D.P. (1992). The stability of criminal potential from childhood to adulthood. *Criminology, 30,* 235–60.

Nagin, D.S., Farrington, D.P. & Moffitt, T.E. (1995). Life-course trajectories of different types of offenders. *Criminology, 33,* 111–39.

Nagin, D.S. & Paternoster, R. (1991). On the relationship of past and future participation in delinquency. *Criminology, 29,* 163–90.

Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Magdol, L. & Silva, P.A. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 552–62.

Offord, D.R. & Bennett, K.J. (1994). Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 1069–78.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y.A., *et al.* (1992). Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 916–23.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., *et al.* (1987). Ontario Child Health Study II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry, 44,* 832–6.

Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. *Psychological Bulletin, 86,* 852–75.

Oyserman, D. & Markus, H.R. (1990). Possible selves and delinquency. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 112–25.

Pajer, K.A. (1998). What happens to «bad» girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *American Journal of Psychiatry, 7,* 862–70.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Interactions.* Eugene, OR: Castalia Press.

Patterson, G.R. & Yoerger, K. (1993). Developmental models for delinquent behavior. In S. Hodgins (Ed.), *Mental Disorder and Crime* (pp. 140–72). Newbury Park: Sage.

Pennington, B.F. & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 51–87.

Pickles, A. & Rutter, M. (1991). Statistical and conceptual models of turning points in developmental processes. In D. Magnusson, L.R. Bergman, G. Rudinger & B. Torestad (Eds.), *Problems and Methods in Longitudinal Research: Stability and Change* (pp. 131–65). Cambridge: Cambridge University Press.

Pulkkinen, L. (1992). Life-styles in personality development. Special issue: longitudinal research and personality. *European Journal of Personality, 6,* 139–55.

Pulkkinen, L. & Pitkanen, T. (1993). Continuities in aggressive behavior from childhood to adulthood. *Aggressive Behavior, 19,* 249–63.

Quinton, D., Pickles, A., Maughan, B. & Rutter, M. (1993). Partners, peers and pathways: assortative pairing and continuities in conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 763–83.

Quinton, D. & Rutter, M. (1988). *Parenting Breakdown: The Making and Breaking of Intergenerational Links.* Avebury: Gower.

Quinton, D., Rutter, M. & Gulliver, L. (1990). Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in the children of psychiatric patients. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 259–77). Cambridge: Cambridge University Press.

Raine, A., Venables, P.H. & Williams, M.A. (1995). High autonomic arousal and electrodermal orienting — at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1595–600.

Robins, L.N. (1966). *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.* Baltimore: Williams and Wilkins.

Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of antisocial behaviour: replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8,* 611–22.

Robins, L.N. (1986). The consequences of conduct disorder in girls. In D. Olweus, J. Block & M. Radke-Yarrow (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior: Research, Theories and Issues* (pp. 385–414). New York: Academic Press.

Robins, L.N. (1993). Childhood conduct problems, adult psychopathology and crime. In S. Hodgins (Ed.), *Mental Disorder and Crime* (pp. 173–93). Newbury Park: Sage.

Robins, L.N. & McEvoy, L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 182–204). Cambridge: Cambridge University Press.

Robins, L.N. & Price, R.K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *Psychiatry, 542,* 116–32.

Robins, L.N. & Regier, D. (1991). *Psychiatric Disorders in America.* New York: The Free Press.

Robins, L.N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America* (pp. 258–90). New York: The Free Press.

Rodgers, B. (1986). Change in the reading attainment of adults: A longitudinal study. *British Journal of Developmental Psychology, 4,* 1–17.

Rodgers, B. (1990). Influences of early-life and recent factors on affective disorder in women: An exploration of vulnerability models. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (pp. 314–28). Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1987). Continuities and discontinuities from infancy. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development, 2nd* edn (pp. 1256–96). New York: John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1991). Childhood experiences and adult psychosocial functioning. In G.R. Bock & J.A. Whelan (Eds.), *The Childhood Environment and Adult Disease. CIBA Foundation Symposium no. 156* (pp. 189–200). Chichester: John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1994). Continuities, transitions and turning points in development. In M. Rutter & D.F. Hay (Eds.), *Development through Life: A Handbook for Clinicians* (pp. 1–26). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Rutter, M. (1995). Causal concepts and their testing. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and their Causes* (pp. 7–34). Chichester: John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 19,* 603–26.

Rutter, M. (1997). Antisocial behavior: developmental psychopathology perspectives. In D. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior.* New York: John Wiley & Sons.

Rutter, M., Champion, L., Quinton, D., Maughan, B. & Pickles, A. (1995). Understanding individual differences in environmental risk exposure. In P. Moen, G.H.J. Elder & K. Luscher (Eds.), *Examining Lives in Context: Perspectives on the Ecology of Human Development* (pp. 61–93).

Rutter, M., Giller & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People.* New York and Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M., Harrington, R., Quinton, D. & Pickles, A. (1994). Adult outcome of conduct disorder in childhood: implications for concepts and definitions of patterns of psychopathology. In R.D. Ketteriinus & M. Lamb (Eds.), *Adolescent Problem Behaviors: Issues and Research* (pp. 57–80). Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Rutter, M., Maughan, B., Meyer, J., *et al.* (1997). Heterogeneity of antisocial behavior: causes, continuities, and consequences. In R. Dienstbier (Series Ed.) & D.W. Osgood (Vol. Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 44. Motivation and delinquency* (pp. 45–119). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine, 14,* 853–80.

Rutter, M., Quinton, D. & Hill, J. (1990). Adult outcome of institution-reared children: males and females compared. In L.N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways to Adulthood* (pp. 135–57). Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. & Rutter, M. (1993). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Lifespan.* Harmondsworth, UK & New York: Penguin & Basic Books.

Rutter M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. (1976). Research Report: Isle of Wight Studies 1964–1974. *Psychological Medicine, 6,* 313–32.

Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W. & Berger, M. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: III. Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry, 126,* 520–33

Rydelius, P.A. (1988). The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77,* 398–403.

Sampson, R.J. (1992). Family management and child development: insights from social disorganization theory. In J. McCord (Ed.), *Facts, Frameworks and Forecasts. Advances in Criminological Theory,* Vol. 3 (pp. 63–93). New Brunswick: Transaction Publishers.

Sampson, R. & Laub, J. (1993). *Crime in the Making: Pathways and Turning Points through Lift.* Cambridge: Harvard University Press.

Sanford, M., Offord, D., McLeod, K., Boyle, M., Byrne, C. & Hall, B. (1994). Pathways into the work force: Antecedents of school and work force status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 1036–46.

Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: development and individual differences. *Child Development, 63,* 1–19.

Scarr, S. & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype environment effects. *Child Development, 54,* 424–35.

Schachar, R., Rutter, M. & Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22,* 375–92.

Serbin, L.A., Moskowitz, D.S., Schwartzman, A.E. & Ledingham, J.E. (1991). Aggressive, withdrawn and aggressive/withdrawn children in adolescence: into the next generation. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 55–70). Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Shanahan, M.J., Elder, G.H. & Miech, R.A. (1996). History and agency in men's lives: Pathways to achievement in cohort perspective. *Sociology of Education, 70,* 54–67.

Silberg, J., Meyer, J., Pickles, A., *et al.* (1996). Heterogeneity among juvenile antisocial behaviours: Findings from the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development. In G R. Bock & J.A. Goode (Eds.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour. CIBA Foundation Symposium 194* (pp. 76–92). Chichester: John Wiley & Sons.

Silverthorn, P. & Frick, F.J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology, 11,* 101–26.

Slaby, R.G. & Guerra, N.G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. *Developmental Psychology, 24,* 580–8.

Smith, D.J. (1995). Youth crime and conduct disorders: trends, patterns and causal explanations. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial Disturbances in Young People: Time Trends and their Cause* (pp. 389–489). Chichester: John Wiley & Sons.

Stattin, H. & Klackenberg-Larssen, I. (1993). Early language and intelligence development and their relationship to future criminal behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 369–78.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1989). The role of early aggressive behaviour in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 576,* 210–18.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1990). *Pubertal Maturation in Female Development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1996) Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology, 8,* 617–45.

Stattin, H. & Romelsjoe, A. (1995) Adult mortality in the light of criminality, substance abuse, and behavioural and family-risk factors in adolescence. *Criminal Behaviour and Mental Health, 4,* 279–311.

Steinhausen, H-C. & Reitzle, M. (1996). The validity of mixed disorders of conduct and emotions in children and adolescents: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 339–43.

Stoff, D., Breiling, J. & Maser, J.D. (Eds.) (1997). *Handbook of Antisocial Behavior.* New York: John Wiley & Sons.

Sudman, S. & Bradbum, N.M. (1973). Effects of time and memory factors on response in surveys. *Journal of the American Statistical Association, 63,* 805–15.

Taylor, E., Heptinstall, H., Chadwick, O. & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent developments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1213–26.

Thomberry, T.P. & Krohn, M.D. (1997). Peers, drug use and delinquency. In D. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 218–33). New York: John Wiley & Sons.

Tolan, P.H. & Thomas, P. (1995). The implications of age of onset for delinquency risk II: Longitudinal data. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23,* 157–81.

Tonry, M. & Wilson, J.Q. (Eds.) (1990). *Drugs and Crime: Crime and Justice, a Review of Research, 13.* Chicago: University of Chicago Press.

Tracey, P.E., Wolfgang, M.E. & Figlio, R.M. (1990). *Delinquency Careers in Two Birth Cohorts.* New York: Plenum Press.

Tremblay, R.E., Pihl, R.O., Vitaro, F. & Dobkin, P.L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry, 51,* 732–9.

Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Paths to Recovery.* Cambridge: Harvard University Press

Waldman, I.D., Lilienfield, S.O. & Lahey, B.B. (1995). Toward construct validity in the childhood disruptive behavior disorders: classification and diagnosis in DSM–IV and beyond. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology,* Vol. 17 (pp. 323–63). New York: Plenum Press.

Warr, M. (1993). Age, peers and delinquency. *Criminology, 31,* 17–40.

Weitekamp, E.G.M., Kemer, H-J, Schubert, A. & Schindler, V. (1995). On the «dangerousness» of chronic/habitual offenders: a re-analysis of the 1945 Philadelphia Birth Cohort data. *Studies on Crime and Crime Prevention, 4,* 159–75.

West, D.J. (1982). *Delinquency: its Roots, Careers, and Prospects.* London: Heinemann.

White, J., Moffitt, T.E., Earls, F., Robins, L.N. & Silva, P.A. (1990). How early can we tell? Preschool predictors of boys' conduct disorder and delinquency. *Criminology, 28,* 507–33.

Wikström, P.-O.H. (1990). Age and crime in a Stockholm cohort. *Journal of Quantitative Criminology, 6,* 61–84.

Wilson, J.Q. & Hermstein, R.J. (1985). *Crime and Human Nature.* New York: Simon and Schuster.

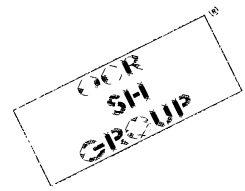
Wolfgang, M E., Figlio, R.M. & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a Birth Cohort.* Chicago: University of Chicago Press.

Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115,* 28–54.

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 547–56.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5,* 65–78.

Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine, 22,* 971–86.



19

Расстройство поведения: будущие направления исследований. Послесловие

Michael Rutter

Дезорганизованное поведение — одна из самых частых причин направления ребенка в клинику к специалисту. В предыдущих главах этой книги представлены наиболее полезные и интересные взгляды на проблемы, связанные с этим расстройством. В этой главе, представляющей собой заключительные комментарии, объединены основные вопросы, которые обсуждались в предыдущих главах. Полученные в исследованиях данные позволяют подытожить все, что известно на сегодняшний день, а также обсудить планы будущих исследований и клинические потребности.

Составляют ли поведенческие нарушения валидное психическое расстройство?

На протяжении ряда лет этот вопрос часто вызывал сомнения (Richters & Cichetti, 1993), которые, разумеется, понятны. Социально нежелательное поведение не может служить оправданием для того, чтобы рассматривать его как проявление психического расстройства. Какие критерии можно было бы использовать? Возможны такие критерии: сопутствующее нарушение социального функционирования, сопровождающее необычные психические проявления (например, гиперактивность / невнимательность или нарушение когнитивного функционирования, или депрессия) и неблагоприятный исход во взрослой жизни. Полученные по всем этим критериям данные, по-видимому, оправдывают концепцию расстройства (Rutter *et al.*, 1997*b*, 1998; Maughan & Rutter, глава 18). Разумеется, нельзя утверждать, что какой-либо отдельный антисоциальный проступок оправдывает диагноз расстройства. Понятно, что это невозможно хотя бы потому, что в какой-то момент своей жизни большинство людей совершают такой проступок (Rutter *et al.*, 1998). Однако концепцию расстройства можно считать обоснованной в том случае, если дезорганизованное или антисоциальное поведение сопровождается другими валидизированными характерными признаками.

Costello и Angold (глава 1) обращают наше внимание на то, в какой степени симптомы расстройства поведения, описанные в официальных классификациях, сосредоточиваются на преступных деяниях. Авторы поднимают вполне резонный вопрос, составляет ли это надлежащую основу для определения психического расстройства. Нарушения, которые они выдвигают, наиболее применимы, если концепция ограничи-

вается представлением о поведении, выходящем из-под контроля со стороны других людей. Кроме того, нередко нарушается социальное функционирование личности и индивид испытывает страдание. Более того, важно помнить о том, что люди — социальные существа, поэтому вполне возможно, что нарушение психической деятельности часто будет проявляться в форме разрушенных социальных отношений и девиантного социального поведения. Насколько бы неидеально были концептуализированы и определены диагностические концепции оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения — это то, к чему они приводят.

Суть расстройства поведения

Если расстройство поведения концептуализируется на основе нарушения социального функционирования, а не на основе нарушения закона как такового, следует поставить вопрос, что же составляет суть конкретного типа нарушения социального функционирования, которое диагностируется таким путем (Rutter *et al.*, 1998). Нельзя утверждать, что на этот вопрос получен достаточно удовлетворительный ответ. Характеризуется ли оно исключительной агрессией? По-видимому, она могла бы иметь отношение к оппозиционно-вызывающему поведению, к жестокому физическому обращению в семье и ко многим формам конфронтационного или насильственного преступления. Однако сомнительно, чтобы этим можно было объяснить такие проявления, как прогулы в школе, кражи в магазинах или побеги из дома. И наоборот, следует ли его рассматривать исходя исключительно из рискованного поведения? Ясно, что это очень важный компонент некоторых форм антисоциального поведения. Более того, для некоторых индивидов это важный аспект вознаграждения, которое они получают благодаря своему антисоциальному поведению. С другой стороны, является ли определяющей характерной особенностью отсутствие нормального реагирования на социальные нормы и общественные правила поведения? Несомненно, оно в значительной степени свойственно как оппозиционно-вызывающему расстройству, так и расстройству поведения. Является ли непонимание или игнорирование чувств и ощущений других людей наиболее существенным признаком? По-видимому, этот признак наблюдается при определенных формах психопатии, но он не является главным признаком большинства более распространенных форм антисоциального поведения. По всей вероятности, нет одного единственного определяющего признака, но эти вопросы стоит задавать, поскольку он все же имеет некоторое отношение к тому, что могло бы составлять некоторые основные предрасполагающие признаки. Таким образом, чрезмерная агрессивность может быть единственным характерным признаком, тем не менее внимание исследователей переключилось на такие характеристики темперамента, как поиск новизны, рискованные действия и импульсивность. Ясно также, что гиперактивность служит признаком уязвимости, хотя механизм ее действия до сих пор точно неизвестен. В молекулярно-генетических исследованиях в основном изучаются эти факторы риска, а не антисоциальное поведение как таковое или клинические диагностические категории — оппозиционно-вызывающее поведение и расстройство поведения. Хотя механизм участия генетических факторов риска до сих пор не выяснен, по-видимому, целесообразно отдать приоритет изучению измеряемых аспектов темперамента и личности.

Один ключевой вопрос о психосоциальных факторах, участвующих в каузальных процессах, касается способа их действия, а именно: научаются ли некоторые дети вести себя антисоциально или проявления антисоциального поведения наблюдаются у большинства детей младшего возраста, но большинство научается канализировать свою активность в других направлениях? Вероятно, оба варианта выполняют определенную роль. Тем не менее в прошлом обычно считали, что дети рождаются просоциальными и научаются быть антисоциальными. Данные некоторых исследований о том, что дезорганизованное поведение максимально проявляется в дошкольном возрасте (Nagin & Tremblay, 1999; Tremblay *et al.*, 1999), свидетельствуют о том, что, возможно, необходимо сместить акцент с поставленного вопроса о том, почему у некоторых детей это поведение продолжается, в первую очередь на вопрос, почему оно начинается. Преждевременно делать точные выводы о возрастных трендах, но, по-видимому, целесообразнее уделить внимание семейным и другим психосоциальным характеристикам, которые могли бы иметь значение в этом процессе. Аналогично, мы должны выяснить, касается ли основной вопрос усвоения антисоциального поведения или неспособности направить его в другую сторону либо канализировать в более конструктивные направления. Или же вместо этого трудные вопросы следует формулировать — учитывая неспособность усвоить — конструктивные методы решения социальных проблем. Возможно, в некоторой степени люди втягиваются в антисоциальное поведение не столько потому, что у них есть положительный стимул вести себя подобным образом, а скорее потому, что у них нет каких-либо средств справиться с проблемами и фрустрацией, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни. Когда дело обстоит именно так, важно, чтобы применяемые вмешательства сосредоточивались на положительных решениях и на контроле отрицательных.

Наконец, если психосоциальные факторы дают устойчивые эффекты, которые переносятся в процесс развития, важно выяснить, как это происходит. Короче, как действуют события (опыт) на организм (Rutter, in press)? Обусловливается ли устойчивость эффектов измененным стилем когнитивной обработки информации, измененным стилем межличностных взаимодействий, формированием поведенческих привычек, изменениями функционирования нейроэндокринной системы или же влиянием стресса на структуру головного мозга, функционирование или развитие? Получены некоторые доказательства в пользу влияния каждого из этих факторов, однако отдельные данные спорные. Вопрос требует большего внимания исследователей, чем это было до сих пор.

Уголовная ответственность

В течение ряда лет законодательство во всем мире начинает склоняться к тому, что преступления, совершаемые детьми, необходимо рассматривать несколько по-иному, чем у взрослых. Это происходит по разным причинам, но, среди прочего, этому способствует концепция «уголовная ответственность» и установление возраста, по достижении которого можно считать, что молодые люди будут брать ответственность за свои действия, а до этого возраста — не должны. Врачи не склонны проводить подобную границу, но, несомненно, признают, что мыслительные процессы, лежащие в основе акта насилия к двухлетнему возрасту, вряд ли будут такими же, как и при нападении с

применением насилия в 20-летнем возрасте. Costello и Angold (глава 1) обсуждают некоторые из этих вопросов. Основной среди них — удивительный возрастной диапазон уголовной ответственности, который действует в мире. Так, в Ирландии и Швейцарии он составляет семь лет, а в Бельгии и Люксембурге — 18. Даже в пределах одной страны, например в Соединенных Штатах Америки, возрастной диапазон широкий. Можно было бы предполагать, что просто и легко определить возраст, когда умственные способности ребенка достигают уровня, при котором уместно считать, что он несет уголовную ответственность. Однако по некоторым причинам дело обстоит не так (Rutter, in press *b*).

Прежде всего, наблюдаются огромные индивидуальные колебания в скорости психического развития детей, так же как и в скорости их физического развития. Кроме того, дети различаются по степени развития умственных способностей. Но при любой стандартной оценке в возрасте, в котором ребенок становится ответственным, возникают еще большие трудности. Они обусловлены тем, что понимание у детей в значительной степени варьируется в зависимости от предшествующего опыта, от способов представления решения, от того, в какой степени принятие решения предусматривает планирование на несколько шагов вперед, а также от способности понимать последовательные звенья косвенных связей (Rutter, in press *b;* Fraser, in press). Более того, получены данные о том, что детям можно помочь улучшить их способность понимать. Короче, это не фиксированное качество. Более того, это измеряемая характеристика, а не что-то, что индивиды либо имеют, либо не имеют. Врачи должны учитывать неизбежные трудности при оценке степени понимания у детей и помогать им лучше понимать, что именно предусматривается в процессе принятия ими решения. Разумеется, в юридической ситуации необходимо использовать категориальный подход точно так, как и врачам, когда они принимают решение, госпитализировать ли ребенка в больницу и проводить ли специальное лечение. Однако умственные (психические) процессы, которые лежат в основе ответственности, относятся к измеряемой характеристике, а не к категории.

Концепции причинности

Вопросы относительно влияния возможных причинных факторов на расстройство поведения, непосредственно поднятые Maughan (глава 7), освещаются во многих главах этой книги. Одно из существенных изменений, которые произошли в последние годы, — это все более глубокое понимание вероятной значимости биологических факторов риска. Simonoff (глава 8) приводит сбалансированный обзор генетических факторов. Lynam и Henry (глава 9) кратко информируют о том, что нарушенные вербальные навыки и навыки планирования исполнительной деятельности предрасполагают к серьезным нарушениям поведения, и подчеркивают, что до сих пор неясно, как и почему действует эта предрасположенность. Herbert и Martinez (глава 4) описывают все, что известно о биологических механизмах риска, в частности с участием нейротрансмиттеров или нейроэндокринной системы. Авторы делают важное замечание, что нельзя предполагать однонаправленный каузальный процесс. Так, экспериментально вызванные изменения концентрации тестостерона оказывают предсказуемое влияние на сек-

суальное поведение, доминирование и агрессию, но в такой же степени экспериментально вызванная неудача в состязательной социальной ситуации приводит к снижению концентрации тестостерона (Rutter *et al.*, 1998). Нам следует отказаться от дуалистического взгляда на связь «душа–тело». Ни душа, ни тело не служат основой друг для друга; скорее они составляют разные грани одной и той же системы. Когда по каким бы то ни было причинам кто-то испытывает гнев или боится, это сказывается как на функционировании его нейроэндокриной системы, так и на его когнитивных и аффективно-мыслительных процессах. Ни одно, ни другое не является причиной друг для друга; и одно и другое — часть одной и той же эмоциональной реакции.

Недавно полученные данные о связи между темпераментом (после младенчества), осложнениями во время родов, а также курением матери во время беременности (Hill, глава 5) поднимают дополнительные вопросы. Во-первых, то, что темперамент служит прогностическим фактором появления психопатологической симптоматики (довольно существенно) начиная с трехлетнего возраста, но не в течение первых двух лет жизни, не означает, что биологически обусловленные характерные признаки темперамента не являются важными предрасполагающими факторами. Нам следует отказаться от представления о том, что генетические факторы должны проявляться в ранний период жизни и становиться менее значимыми по мере взросления. Характеристики, на которые генетические факторы оказывают существенное влияние, требуют времени для своего развития (именно так происходит, например, с речью) и даже могут не проявляться до тех пор, пока не пройдут ранние годы детства. Например, так происходит с генами, влияющими на время наступления полового развития, и, что еще более удивительно, с генами, которые обусловливают подверженность болезни Альцгеймера. Вопросы относительно осложнений во время родов и курения во время беременности вызывают иное суждение: служат ли они указателем коррелированного каузального влияния или они представляют сам каузальный механизм. Общепризнано, что социальные факторы риска довольно строго ассоциируются как с осложнениями во время родов, так и с курением матери. Кроме того, курение матери ассоциируется с нарушениями поведения. Прежде чем предполагать, что осложнения во время родов или курение представляют опасность вследствие биологического влияния на плод, мы должны быть уверены в том, что эффективно исключили альтернативные объяснения. Кроме того, желательно уметь более непосредственно проверять предполагаемый биологический механизм. Чтобы принять эти вызовы, начали проводить соответствующие исследования, но еще слишком рано делать какие-либо выводы.

Давно наблюдается тенденция упрощать выводы о причинах, чтобы иметь возможность сосредоточиться на одном основном предрасполагающем факторе. Можно понять это желание, но оно несет в себе опасность, о которой нам следует знать. То, что генетические факторы задействованы в риске возникновения расстройства поведения, конечно, не означает, что большинство подобных нарушений вызваны непосредственно генами. Весьма сомнительно, за редким исключением, что дело обстоит именно так. Даже при наличии единственного идентифицированного значимого генетического фактора (например, лишняя Y-хромосома) это даже в каком-либо приближении не вызывает непосредственно антисоциальное поведение (Rutter *et al.*, 1998). Этот фактор ассоциируется с влиянием на темперамент, которое может обеспечивать важную предрасполагающую восприимчивость, но разовьется или не разовьется антисоциальное поведение, будет зависеть от взаимодействия с другими факторами риска. Други-

ми словами, нельзя сказать, что нецелесообразно идентифицировать специфические гены, которые играют роль в предрасположенности; наоборот, это было бы чрезвычайно ценным шагом вперед (Simonoff, глава 8). Мы должны понимать, что поведение человеческого организма находится под влиянием генов и, за редким исключением, нецелесообразно подразделять синдромы на наследственные и ненаследственные. Скорее мы должны выяснить, какие средовые факторы риска влияют на восприимчивость и как они действуют, особенно как они действуют в совокупности.

В последние 10–20 лет стали широко изучать типы привязанности и особенности когнитивной обработки информации как механизмов, которые могут быть задействованы в предрасположенности к антисоциальному поведению. Hinde (глава 2) приводит интересное описание возможной роли Я-системы, утверждая, что жизненно важным вопросом может быть потребность людей действовать независимо от других, в то же время воздерживаясь поступать так. Автор полагает, что неспособность в достаточной степени понимать себя по отношению к другим может обусловливать предрасположенность к совершению акта агрессии. Dunn (глава 3) также отмечает, что необходимо рассматривать развитие конфликта в сочетании с одновременным развитием просоциального поведения (соблюдение социальных интересов). Pettit и коллеги (глава 11) приводят данные содержательного и сбалансированного обзора всех известных исследований, в которых изучался вопрос когнитивной обработки информации, одновременно утверждая, что есть твердые основания полагать, что она внутренне вовлекается в агрессивное поведение и сопутствующие антисоциальные проявления, однако в равной мере существующие на сегодняшний день эмпирические данные служат лишь сравнительно слабым доказательством ее посреднической роли в этой связи. DeKlyen и Speltz (глава 12) приводят подробное сравнительное описание сильных сторон и ограничений в зависимости от свойств привязанности. Loeber и Coie (глава 14) отмечают, что мы должны проявлять такой же интерес к причинам устойчивости или прекращения антисоциального поведения, как и к причинам его первого появления. Они кратко описывают доступные данные, подтверждающие роль эмоциональных и когнитивных процессов в этой устойчивости.

Традиционно исследователи психосоциальных факторов в основном сосредоточиваются на изучении влияния семейных факторов как действенных аспектов внешней среды на нарушения поведения. Kiesner и коллеги (глава 10) описывают, как такие факторы можно концептуализировать на основе модели подкреплений, делая акцент на роли навязываемого взаимообмена, а также отмечая, что постулируемые механизмы включают группу сверстников, также как и семью. Авторы признают, что недостаточно сосредоточиваться на наказаниях и вознаграждениях в отношении актов неодобряемого поведения. Вместо этого важно анализировать, как паттерны межличностных взаимодействий приводятся в движение, повышая или снижая вероятность проявления агрессивного поведения. Одна из основных характеристик успешного функционирования семей, для которых нетипичны агрессия или дезорганизованное поведение, — их умение организовывать развлечения и использовать техники отвлечения с тем, чтобы прерывать возможные отрицательные взаимообмены. Holden (1983) привел яркую иллюстрацию подобных действий матерей, чьи дети начинают ходить: они обсуждают все возможные ухищрения, позволяющие избежать ситуаций, которые могут возникнуть при посещении супермаркета со всеми его соблазнами вместе с ребенком. В недавно проводившемся исследовании Gardner и коллеги (1999) затронули эту же тему.

Контроль и надзор — важные компоненты эффективного воспитания. Однако при наблюдении за успешно функционирующими семьями удивляет то, что в определенном смысле все, что происходит, не кажется чем-то удивительным. Почему им так везет, что у них не бывает неблагоприятных событий, которые так изводят другие семьи? Вот где важно уделять особое внимание умению упреждать события.

Vitaro и коллеги (глава 13), описывая роль отношений со сверстниками, указывают, что их необходимо рассматривать в двух скорее разных направлениях. Во-первых, получены данные о том, что социально изолированные индивиды или те, кто разорвал отношения со сверстниками, либо те, кто не сумел сохранить друзей, имели более неблагоприятные социальные последствия, включая повышенный риск антисоциального поведения (Parker & Asher, 1987). Во-вторых, группа сверстников действует как фактор социального влияния, когда нравы, повадки и установки группы оказывают значимое влияние на поведение членов этой группы. Конечно, решение, в какую социальную группу войти, принимают люди, поэтому важно, чтобы исследование проводилось таким образом, чтобы можно было разделить эффекты отбора и социального влияния (Rowe *et al.*, 1994), однако результаты исследования свидетельствуют о том, что действуют оба эффекта. Единственный вывод, который следует из подобного понимания двух разных путей воздействия отношений между сверстниками, такой: было бы ошибкой считать, что все дети с расстройством поведения не способны формировать их и имеют низкую самооценку. Несомненно, это применимо ко многим, но не ко всем.

В последние годы наметилась еще одна тенденция — считать, что концепцию причинности нельзя сводить к вопросу об индивидуальных различиях. Несомненно, люди заметно различаются по своей склонности проявлять антисоциальное поведение, поэтому важно научиться понимать механизмы, которые лежат в основе этого индивидуального варьирования. Однако есть несколько других довольно различающихся вопросов, которые также требуют каузального подхода. Исследователи уже осознали, что необходимо обсудить вопрос, почему у некоторых индивидов антисоциальное поведение устойчиво сохраняется, тогда как у других — нет. Это имеет значение не только на уровне индивида, но и на уровне всей популяции. Например, вызывает удивление, что во всех обществах люди гораздо реже совершают преступления в первые годы взрослой жизни. У них не обязательно утрачиваются особенности образа жизни, которые ассоциировались с антисоциальным поведением, но тем не менее они гораздо реже совершают преступления. В какой степени это отражает биологические изменения и в какой является следствием жизненных обстоятельств? Несомненно, события (опыт) во взрослой жизни оказывают существенное влияние. Например, в нескольких исследованиях было показано, что гармонический брак с поддерживающим партнером заметно снижает вероятность продолжения преступного поведения (Laub *et al.*, 1998; Sampson & Laub, 1993; Zoccolillo *et al.*, 1992). Но есть ли у индивида и биологические признаки, которые оказывают подобное влияние?

Кроме того, мы должны выяснить, почему преступления достигают своего максимума именно в подростковом возрасте. Не обязательно любое расстройство поведения ассоциировалось с максимальными показателями преступности в это время; часто оно более продолжительное. Различие состоит в тенденции этого трансформироваться в совершение преступных деяний. Можно было бы предположить, что основным фактором является повышение концентрации тестостерона — отличитель-

ный признак у подростков мужского пола. Хотя тестостерон действительно влияет на признак «доминирование», он не оказывает сколько-нибудь постоянного влияния на агрессию (Tremblay *et al.*, 1997). Однако стоит также отметить, что в исследованиях с использованием анкет, заполнявшихся испытуемыми, и сообщений родителей (представленные Moffitt *et al.*), так же как и в официальной статистике преступности (Rutter *et al.*, 1998), получены согласованные данные, свидетельствующие о том, что гендерные различия в антисоциальном поведении наименее заметны в подростковом возрасте.

Важно, что мы начинаем глубже понимать значение гендерных различий в антисоциальном поведении. До настоящего времени вопрос обычно формулировался так: что именно защищает представительниц женского пола от антисоциального поведения либо что особого в преступлениях, которые совершают представительницы женского пола (исходя из ожидания, что оно будет иметь собственный довольно отличающийся набор причинных факторов). Анализ данных Данидинского лонгитудинального исследования показал, что необходимо сместить фокус внимания (представлен Moffitt *et al.*). Некоторые данные вызывают удивление. Во-первых, факторы риска возникновения антисоциального поведения у лиц мужского и женского пола были достаточно сопоставимы; не было никакой необходимости прибегать к какому-либо особому набору механизмов, который применим только к представительницам женского пола.

Во-вторых, антисоциальное поведение в общем наблюдалось гораздо чаще у лиц мужского пола, чем женского; это подтверждают данные многих исследований, однако гендерные различия в значительной степени варьировались в зависимости от стадии жизни и социального контекста. Возможно, удивительнее всего были данные, но опять же подтверждающие результаты других исследований, о том, что домашнее насилие наблюдалось одинаково часто у лиц обоего пола. Более того, это не зависело от надежности сообщений женщин или их партнеров мужского пола. Данные самоотчетов свидетельствовали о том, что большинство мужчин не прибегали к насилию в семье, поскольку не хотели нарушить правило, принятое в их окружении, — не поднимать руку на женщину или на того, кто слабее вас, — а также опасались, что кто-нибудь может сообщить об их поступке в полицию. Наоборот, не принято считать, что женщина не должна бить того, кто сильнее, чем она, к тому же женщина надеется, что в случае проявления насилия с ее стороны вряд ли об этом сообщат в полицию (ожидание в соответствии с фактами). Каким бы ни было объяснение, заслуживает внимания то, что в контексте семьи гендерные различия в насилии отсутствуют, хотя все же остается факт, что насилие со стороны партнера мужского пола из-за его большей физической силы гораздо чаще приводит к серьезным травмам. Можно было бы предположить, что женщины просто реагировали на мужское насилие в целях самозащиты, но точно выяснить, кто первым применил насилие, как правило, не удавалось.

Как отмечалось, преобладание антисоциального поведения среди индивидов мужского пола гораздо заметнее в детстве и во взрослой жизни, чем в подростковом возрасте. Можно было бы считать, что это возрастной период, когда женщины реже всего вовлекаются в преступления, потому что группы, состоящие только из представительниц женского пола, гораздо реже настроены против власти, чем группы, состоящие только из индивидов мужского пола (Maccoby, 1998). Однако представительницы женского пола, которые совершают преступления, обычно являются частью смешанных групп, а не исключительно женских. Наиболее заметные гендерные различия относят-

ся к устойчивому течению антисоциального поведения на протяжении жизни, начиная с раннего детства и переходя во взрослую жизнь. Поэтому неудивительно, что к факторам риска, наиболее редким у лиц женского пола, относились гиперактивность, когнитивная недостаточность и неблагоприятные особенности темперамента. Очевидно, необходимо в большей степени смещать фокус внимания с выяснения истоков гендерных различий в антисоциальном поведении на выяснение того, почему факторы риска, имеющие, по-видимому, больше общего с теми, которые вызывают нейропсихические нарушения, гораздо чаще присутствуют у мужчин, а у представительниц женского пола они бывают реже. Для изучения этой важной темы потребуется набор исследовательских стратегий, отличающихся от тех, которые обычно используются для определения индивидуальных различий.

Другая тема, которую следует рассмотреть с каузальной точки зрения, — колоссальное увеличение показателя преступности во второй половине XX столетия в большинстве индустриально развитых стран (Rutter & Smith, 1995). Учитывая предположение о повышенном риске преступности, связанной с безработицей, социальным неравенством и бедностью, удивительно, что в основном рост уровня преступности произошло в 1950-е и 1970-е годы, когда социальное неравенство сглаживалось, возрастал достаток, а показатель безработицы был необычайно низким во многих странах (включая Великобританию). Полученные данные служат напоминанием о том, что факторы риска, объясняющие индивидуальные различия в преступности, могут не совпадать с теми, которые объясняют различия в показателях преступности по прошествии длительного времени.

Кроме того, важно понимать, что индивидуальная предрасположенность — это один вопрос, но возникнет или не возникнет у предрасположенного индивида антисоциальное поведение — на самом ли деле другой вопрос. Получено много данных о том, что ситуационные факторы играют существенную роль и разработано много профилактических стратегий, которые основываются на этом объеме знаний (Clarke, 1992, 1995; Rutter *et al.*, 1998).

Гетерогенность

В этой главе мы ссылаемся в основном на общую концепцию антисоциального поведения, а не на клинические диагностические категории оппозиционно-вызывающего поведения, расстройства поведения, гиперактивного расстройства с дефицитом внимания или антисоциального расстройства личности. Используемая терминология была хорошо продумана, поскольку были сомнения относительно того, служат ли превалирующие условные диагностические обозначения лучшим способом классифицирования антисоциального поведения. Прежде всего, наиболее выраженные проявления антисоциального поведения наиболее адекватно рассматриваются с точки зрения измеряемого признака, а не исходя из наличия или отсутствия диагностических категорий. Другими словами, все индивиды в какой-то степени имеют предрасположенность к антисоциальному поведению, хотя у некоторых она гораздо выше, чем у других. Доступные на сегодняшний день данные не подтверждают тот факт, что крайние варианты расстройства отличаются по характеру от вариантов, расположенных вдоль конти-

нуума. Было бы преждевременно исключать эту возможность, особенно в отношении гиперкинетического расстройства, но в основном концепция измеряемого аспекта кажется наиболее валидной. Это вовсе не означает, что диагностические категории бесполезны. Наоборот, для лиц, которые получают лечение, необходимо принимать решение о диагностической категории, поскольку от нее зависит и тип проводимого лечения. Верно и то, что неизбежна определенная степень произвольности в использовании конкретных границ при определении диагностической категории.

Остается также без ответа важный вопрос о предполагаемом различии между оппозиционно-вызывающим поведением и расстройством поведения. Результаты лонгитудинальных и эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что во многих случаях оппозиционно-вызывающее поведение представляет собой более мягкое, более раннее начало варианта такой же предрасположенности, которая в дальнейшем проявляется как расстройство поведения (Lahey *et al.*, 1999). Кроме того, у многих индивидов с расстройством поведения наблюдаются и признаки оппозиционно-вызывающего поведения. Во многих случаях, вероятно, целесообразнее рассматривать их как варианты одного и того же основного расстройства, при этом одно обычно начинается в более раннем возрасте, чем другое. Разумеется, не у всех детей оппозиционно-вызывающее поведение в дальнейшем переходит в расстройство поведения. Нельзя полностью исключить возможность, что это в какой-то степени особая форма оппозиционно-вызывающего поведения, когда она ограничивается (или сравнительно ограничивается) годами раннего детства. Такую возможность целесообразно изучить, но строгое разграничение между этими двумя расстройствами, включающими дезорганизованное поведение, почти определенно неоправданно. В дополнение к этому уместно упомянуть генетические исследования, показавшие, что оба расстройства в значительной степени имеют одинаковую наследственную предрасположенность (Eaves *et al.*, in press).

Если существует определенный скептицизм относительно валидности нынешних условных диагностических обозначений, тогда каким образом следует концептуализировать и рассматривать гетерогенность, поскольку она несомненно существует? Предлагают два довольно хорошо валидизированных варианта дифференцирования. Во-первых, как отмечали Angold и Costello (глава 6), полезно дифференцировать антисоциальное поведение, устойчивое на протяжении жизни, и антисоциальное поведение, ограниченное подростковым возрастом (Moffit, 1993). Первое обычно проявляется в раннем детском возрасте, ассоциируется с гиперактивностью и различиями в когнитивном функционировании и, как правило, наблюдается более обширное нарушение социального функционирования, которое имеет тенденцию переходить во взрослую жизнь. Заметны семейные факторы риска, включая как антисоциальное поведение родителей, так и несогласованное разрушение семьи. Наоборот, при антисоциальном поведении, ограниченном подростковым возрастом, как индивидуальные, так и семейные факторы риска менее очевидны. Влияние групп подростков, по-видимому, имеет большее значение при этом, чем при устойчивом варианте на протяжении жизни, хотя оно играет определенную роль при обоих (Fergusson & Horwood, 1996; Patterson & Yoerger, 1997). Граница между этими двумя вариантами, возможно, не настолько отчетливая, как первоначально предполагалось, но различия тем не менее заметны. До сих пор неясно, различаются ли они качественно или просто представляют собой более легкий и более тяжелый варианты одной и той же предрасположенности. Второй

дифференциальный диагноз, который, по-видимому, довольно хорошо валидизирован, касается варианта антисоциального поведения, который сопровождается гиперактивностью. Как явствует из изложенного, существует неопределенность в отношении того, является ли он в основном синонимичным предшествующему. Эта форма антисоциального поведения, очевидно, имеет более сильный генетический компонент и преобладает у индивидов мужского пола (Rutter *et al.*, 1998).

Другие дифференциальные диагнозы также заслуживают дальнейшего изучения (см. Rutter *et al.*, 1998), но именно эти два наиболее очевидны, поэтому именно их целесообразно принимать во внимание во всех будущих исследованиях. Кроме того, они, несомненно, имеют существенное практическое клиническое значение с точки зрения их прогностических признаков.

Коморбидность

Коморбидность, означающая одновременное или последующее возникновение предположительно отдельных психических расстройств, явно проступает во всех эпидемиологических клинических исследованиях психических расстройств детского и подросткового возраста (Angold *et al.*, 1999; Caron & Rutter, 1991; Rutter, 1997). Как упоминалось, эта концепция поднимает вопрос, действительно ли одновременно возникающие расстройства являются отдельными или же их совместное возникновение просто является следствием частично совпадающей причины определяющей симптоматики или неадекватной концептуализацией расстройств. Это ключевой вопрос в отношении оппозиционно-вызывающего поведения и расстройства поведения. Однако наблюдаются еще три довольно различающиеся формы явной коморбидности, которым следует уделить внимание. Первая — сочетание расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью и оппозиционно-вызывающего поведения / расстройства поведения. Определяет ли одновременное возникновение расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью и антисоциального поведения особый тип дезорганизованного поведения? Если так, тогда в выборках, в которых одновременное возникновение расстройств очевидно, корреляты и наследственная предрасположенность во многом должны быть одинаковыми для обеих совокупностей симптомов. С другой стороны, действительно ли они являются по-настоящему отдельными расстройствами, но возникновение расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью каким-то образом предрасполагает к развитию антисоциального поведения? Если так, происходит ли это из-за нарушений когнитивного функционирования, которые ассоциируются с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, или же отрицательные у детей реакции на других людей, вызванные гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, заставляют их чаще испытывать стресс и оказываться в неблагоприятных ситуациях? На сегодняшний день проведено удивительно мало исследований, в которых бы серьезно пытались сравнить эти альтернативные объяснительные гипотезы. Какой бы ни был ответ, он имеет явно теоретическое значение, но, по меньшей мере, такое же большое значение имеет и факт, что понимание механизмов, лежащих в основе коморбидности, позволило бы наилучшим образом планировать терапевтические вмешательства.

В какой-то степени сопоставимые вопросы возникают в отношении коморбидности оппозиционно-вызывающего поведения / расстройства поведения и нарушений, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ. По-видимому, достаточно много оснований считать, что оба эти типа нарушений являются следствием той же предрасположенности, которая лежит в основе антисоциального поведения. Ни одно из них не вызывает другое, но скорее оба имеют одни и те же корни. С другой стороны, получены данные, свидетельствующие о том, что это еще не вся правда (Rutter *et al.*, 1998). Результаты лонгитудинальных исследований показывают, что ранние проявления антисоциального поведения у индивида существенно повышают вероятность употребления психоактивных веществ или злоупотребления ими в дальнейшем. Означает ли эта связь, что раннее начало антисоциального поведения указывает на более сильную наследственную предрасположенность к сочетанию антисоциального поведения и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ? Или же связь возникает несколько иным путем, возможно, потому, что вовлечение в группу антисоциальных сверстников приводит к контакту с другими индивидами, употребляющими наркотики, и формирует сторонников субкультуры наркоманов? Близнецовые исследования, особенно если использовались данные лонгитудинальных исследований, могли бы во многом помочь решить эту проблему.

Получены данные о том, что при некоторых обстоятельствах злоупотребление психоактивными веществами также способствует возникновению антисоциального поведения (Chaiken & Chaiken, 1991; Collins, 1986). Один из механизмов его развития — растормаживающий эффект, обусловленный употреблением алкоголя и некоторых других психоактивных веществ (Ito *et al.*, 1996). Это могло бы предрасполагать к применению насилия (хотя это вряд ли много помогает, если вы вор-домушник!). Кроме того, покупка некоторых «тяжелых» наркотиков — дорогое «удовольствие», поэтому люди могут совершать кражи для поддержки своей наркомании. Как и в случае с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, важно понять механизмы (поскольку их, по-видимому, несколько), лежащие в основе этих моделей коморбидности, — это поможет пролить свет на каузальные процессы, задействованные в расстройстве поведения.

Сочетание нарушений поведения и симптомов депрессии, несомненно, представляет несколько иную форму коморбидности (Angold *et al.*, 1999). Данные эмпирических исследований, по-видимому, свидетельствуют об однонаправленной связи. Другими словами, наличие симптомов депрессии в детстве или в подростковом возрасте не повышает риск формирования антисоциального поведения в старшем подростковом возрасте или в ранний период взрослой жизни. С другой стороны, антисоциальное поведение в детстве повышает риск появления симптомов депрессии в ранний период взрослой жизни (Rutter, 1991; Rutter *et al.*, 1997*b*). Более того, создается впечатление, что это не просто результат уже ранее существовавших одновременно антисоциального поведения и депрессии в детстве. Повышенный риск явно обусловлен антисоциальным поведением в детстве даже в том случае, если в то время оно не сопровождалось идентифицируемым эмоциональным расстройством. Возможные механизмы, задействованные в этой связи, до сегодняшнего дня почти не исследовались. Вполне возможно, что ответ в следующем: способы поведения антисоциальных индивидов способствуют формированию напряженных межличностных отношений и создают неблагоприятные психосоциальные ситуации — склонность к такому поведению впервые была проде-

монстрирована Robins (1996) и подтверждена в проведенных с того времени лонгитудинальных исследованиях (Champion *et al.*, 1995). Хотя отчасти такое объяснение, вполне вероятно, имеет право на существование, не проводились необходимые исследования, которые бы позволили определить, можно ли считать это объяснение достаточным.

Эффекты переменных-модераторов и устойчивость к внешним воздействиям

Одна из удивительных особенностей, выявленных во всех исследованиях по изучению психосоциального стресса и неблагоприятной психологической атмосферы, — широкое разнообразие реакций у людей (Rutter, in press, *a*). Оно наблюдается даже при самых тяжелых и самых продолжительных отрицательных переживаниях. Наши знания о задействованных механизмах остаются довольно ограниченными. Все же некоторые ответы получены. В какой-то степени разнообразие реакций у людей объясняется значимостью комбинации неблагоприятных переживаний. В целом отдельные неблагоприятные психосоциальные ситуации дают ограниченные эффекты; основные психопатологические симптомы являются следствием комбинации факторов риска. Отчасти также возможно, что предшествующие неблагоприятные события усиливают уязвимость индивидов по отношению к стрессу в дальнейшем. Наоборот, успешное преодоление вызовов и жизненных проблем может прибавлять силы. Вероятно, имеет значение и то, как люди думают о своих переживаниях. Довольно полезно уметь ввести даже очень тяжелые переживания в сбалансированный взгляд, что позволит избежать развития чувства личного бессилия или несостоятельности. Формирование у людей чувства собственной эффективности выполняет защитную функцию (Bandura, 1995, 1997). Кроме того, увеличивается количество данных и о значимости генетических переменных-модераторов средовых эффектов. Другими словами, влияние некоторых генетических факторов сопровождается повышением уязвимости людей по отношению к воздействию окружающей среды и неблагоприятной атмосфере (Rutter *et al.*, 1997*a*, 1998). Генетические факторы также могут выполнять важную роль, повышая вероятность того, что поступки людей будут приводить к тому, что у них чаще будут складываться отрицательные взаимодействия с другими людьми или же они окажутся в невыгодных социальных ситуациях (Rutter *et al.*, 1995). Основным приоритетом являются исследования, нацеленные на выяснение процессов, задействованных во взаимосвязи «природа–воспитание» (Rutter *et al.*, 1997a). Генетические факторы часто действуют опосредованно, влияя (через корреляции «генотип–среда») на то, что люди будут подвергаться воздействию опасных внешних факторов, на их восприимчивость к таким внешним факторам (через взаимодействия «генотип–среда»), а также на их навыки решать сопутствующие проблемы (путем воздействия на характерные особенности личности). Как подчеркивает Maughan (глава 7), мы должны подумать о механизмах исходя из динамического взаимодействия между множественными факторами, поскольку они действуют в течение длительного времени, а не из фиксированного эффекта, который предопределяет восприимчивость непосредственно на единственный момент времени.

Обсуждение поведенческих расстройств с точки зрения эволюции

Стало модно рассматривать различные формы поведения с точки зрения эволюционных предположений (см. Ketelaar & Ellis, 2000). В этой связи возникает вопрос, почему столь явно дезадаптивное поведение упорно продолжается, так же как возникает и вопрос, почему продолжается столь явно благоприятное поведение (как в случае с высоким IQ), свидетельствуя о сильном генетическом влиянии на индивидуальные различия, несмотря на эволюционный отбор, который мог бы, как ожидается, устранять их (Bock & Goode, 2000). В этой связи следует учитывать несколько важных предположений. Во-первых, дело не в адаптивной функции конкретных форм поведения в современном обществе, а скорее в роли, которую они, возможно, выполняли миллионы лет назад. Это, конечно, во многом догадки и предположения, которые трудно проверить. Во-вторых, вопрос не в том, является ли поведение адаптивным в отношении либо индивидуального функционирования, либо успешного функционирования в обществе, а скорее в его роли в связи с благоприятными репродуктивными результатами. Ясно, что антисоциальное поведение во многих отношениях невыгодно для индивида, а также для общества, однако не совсем заметно, что оно нарушает и успешную репродукцию. Соответственно, нет никаких оснований думать, что оно будет подвергаться сильному эволюционному отбору. В этой связи уместно отметить, что во многих исследованиях показано, в какой степени у антисоциальных мужчин и женщин повышена тенденция иметь рано (и, вероятно, вследствие этого иметь много) детей (Rutter *et al.*, 1998). Хотя это очень невыгодно для современного общества, она, возможно, давала явные преимущества для общества охотников-собирателей. В-третьих, эволюция воздействует на характерные черты, которые подвергаются сильному генетическому влиянию. Несомненно, происходит значимое и существенное генетическое влияние на антисоциальное поведение (см. Simonoff, глава 8), но оно отнюдь не непомерное. Поскольку на антисоциальное поведение воздействуют возможные факторы окружающей среды, оно не будет соответствовать ожидаемому результату эволюционного изменения. В-четвертых, данные исследований проясняют, что эволюционные силы благоприятствуют изменчивости, так же как и универсальным типичным для вида характеристикам; необходимо также рассматривать эффекты в зависимости от меняющихся условий среды (Bock & Goode, 2000). Значимость эволюции не вызывает сомнений, но понятно, что ссылка на возможности процесса эволюции не поможет понять антисоциальное поведение.

Профилактика и вмешательство

Maughan и Rutter (глава 18), а также Knapp (глава 18) разными способами приходят к выводу, что издержки, связанные с расстройством поведения, для личности и общества весьма значительные. Существенная тенденция к переходу расстройства поведения во взрослую жизнь не только наблюдается, но и приводит к таким последствиям, как неспособность воспитывать, безработица, разрыв отношений, депрессивная симп-

томатика, повышенный риск совершения самоубийства и ряд проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами. Кроме того, общество, несомненно, несет затраты, связанные с преступлениями, совершаемыми индивидами с нарушениями поведения. Успешное предотвращение расстройства поведения или его последствий дало бы существенные социальные и экономические выгоды.

LeMarquand и коллеги (глава 16) приводят краткое описание различных подходов, которые применялись, наряду с данными о других выгодах. Результаты исследований дают повод для осторожного оптимизма. Хотя антисоциальное поведение представляет собой одну из трудно решаемых проблем общества, кое-что все же можно сделать.

Kazdin (глава 15) анализирует сравнительную эффективность терапевтических вмешательств. Он отмечает отсутствие доказательств в пользу традиционных методов психологического консультирования или формирования отношений, но отмечает умеренную эффективность четырех в какой-то мере связанных между собой методов вмешательства: обучение родителей методам управления, формирование когнитивных навыков решения проблем, функциональная семейная терапия и многосистемная психотерапия. Каждый метод нацелен (но с несколько разными акцентами и психотерапевтическими техниками) на межличностные взаимодействия и на методы совладания с вызовами и проблемами реальной жизни.

Указывая на демонстрируемые выгоды этих форм вмешательства, автор также привлекает внимание к некоторым важным — еще нерешенным — проблемам. Даже самое наилучшее исследование не лишено такого недостатка, как высокий показатель выбывания из лечебного процесса. Не только вмешательства предъявляют слишком много требований к семьям, но и многие родители не рассматривают потребности так же, как это делают психотерапевты (или даже сотрудники правоохранительных органов). При тесном сотрудничестве со стороны семьи как целого, можно многое сделать, чтобы помочь подросткам, которые демонстрируют антисоциальное поведение. Трудно достигнуть этой высокой степени совместных действий и поддерживать ее в течение длительного времени. К тому же Kazdin отмечает явные индивидуальные различия в ответных реакциях. В некоторых случаях получают четкие и длительно существующие благоприятные результаты, тогда как в других изменения весьма скромные, а в некоторых фактически ухудшаются. Группа Patterson (Patterson & Chamberlain, 1994; Stoolmiller *et al.*, 1993) полагает, что необходимо глубже изучить механизм, лежащий в основе этих индивидуальных различий, поскольку его важно знать, если мы хотим усовершенствовать наши методы вмешательства. Это является основным приоритетом. Близкий к этому вопрос — необходимость определить компоненты терапевтической программы, которые приносят пользу. По достаточно веским причинам большинство вмешательств комплексные (потому что проблемы, с которыми приходится иметь дело, включают многие элементы и трудности, переживаемые подростками, несомненно, распространяются на многие социальные условия). Тем не менее, если мы хотим усовершенствовать наши методы лечения в будущем, мы должны глубже понять механизмы, задействованные в эффективных методах лечения. Для этого исследование необходимо планировать так, чтобы иметь возможность количественно оценивать разные постулируемые терапевтические опосредующие переменные и анализировать факторы, связанные с индивидуальными различиями, при изменении их в леченой группе (Forgatch & De Garmo, 1999). Kazdin также отмечает, что нам известно гораздо больше

о влиянии лечения на конкретные симптомы-мишени поведения, чем о влиянии на положительное социальное функционирование и на редуцирование общих неблагоприятных социальных проявлений.

Выводы

В прошлом многие врачи буквально стонали при виде каждого нового ребенка с расстройством поведения, понимая, что они ничем не смогут ему помочь, что очень мало знают о значении и происхождении такого поведения, К тому же большие сомнения вызывал вопрос, имеют ли психиатры что-то очень полезное, чтобы использовать его при подобных расстройствах. Содержание этой книги свидетельствует о том, насколько психиатры продвинулись вперед в положительном направлении. Точный пакет ответов еще недоступен, тем не менее не только существенно возрос уровень понимания, но и получены важные сведения о том, в каком направлении можно проводить научные исследования и как усовершенствовать клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

Angold, A., Costello, E. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 55–87.

Bandura, A. (Ed.) (1995). *Self-efficacy in Changing Societies.* Cambridge: Cambridge University Press

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control.* New York: Freeman.

Bock, G. & Goode, J. (2000). *The Nature of Intelligence.* Novartis Foundation Symposium 233. Chichester: John Wiley & Sons.

Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32,* 1063–80.

Chaiken, J. & Chaiken, M. (1991). Drugs and predatory crime. In M. Tonry & J. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 203–40). Chicago: University of Chicago Press.

Champion, L.A., Goodall, G. & Rutter, M. (1995). Behavioural problems in childhood and stressors in early adult life. I: A 20-year follow-up of London school children. *Psychological Medicine, 25,* 231–46.

Clarke, R.V. (1992). *Situational Crime Prevention: Successful Case Studies.* Albany, NY: Harrow and Heston.

Clarke, R.V. (1995). Situational crime prevention. In M. Tonry & D.P. Farrington (Eds.), *Crime and Justice,* Vol. 19 (pp. 91–149). Chicago: University of Chicago Press.

Collins, J. J. (1986). The relationship of problem drinking to individual offending sequences. In A Blumstein, J Cohen, J.A. Roth & C.A. Visher (Eds.), *Criminal Careers and Career Criminals* (pp. 89–120). Washington, DC: National Academy Press.

Eaves, L., Maes, H., Rutter, M. & Silberg, J. (in press). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavior Genetics*

Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1996) The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile offending. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 205–21

Forgatch, M.S. & DeGarmo, D.S (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 711–24.

Fraser, I.W. (in press). Decision making and assessment of competence in individuals with a learning disability. *Appendix to Guidelines for Researchers and Ethics Committees on Psychiatric Research Involving Human Participants.* London: Royal College of Psychiatrists.

Gardner, F.E.M., Sonuga-Barke, E.J.S. & Sayal, K. (1999). Parents anticipating misbehaviour: An observational study of strategies parents use to prevent conflict with behaviour problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 1185–96.

Holden, G.W. (1983). Avoiding conflict: Mothers as tacticians in the supermarket. *Child Development, 54,* 233–40.

Ito, T., Miller, N. & Pollock, V.E. (1996). Alcohol and aggression, A meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues, triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin, 120,* 60–82.

Ketelaar, T. & Ellis, B.J. (2000). Are evolutionary explanations falsifiable? Evolutionary psychology and the Lakotosian philosophy of science. *Psychological Inquiry, 11,* 1–21, 56–68 (& commentary 22–55).

Lahey, B.B., Waldman, I.D. & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 669–82.

Laub, J.H., Nagin, D.S. & Sampson, R.J. (1998). Trajectories of change in criminal offending: Good marriages and the desistance process. *American Sociological Review, 63,* 225–38

Maccoby, E.E. (1998). *The Two Sexes: Growing Up Apart, Coming Together.* Cambridge, MA. Belknap.

Moffitt, T.M. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T., Caspi, A., Rutter, M. & Silva, P. (submitted). Sorting out sex differences in antisocial behavior: Findings from the first two decades of the Dunedin longitudinal study.

Nagin, D. & Tremblay, R.E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development, 70,* 1181–96.

Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102,* 357–89

Patterson, G.R. & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology and Scientific Practice, 1,* 53–70.

Patterson, G.R. & Yoerger, K. (1997). A developmental model for late-onset delinquency. In R. Dienstbier & D.W. Osgood (Eds.), *The Nebraska Symposium on Motivation Vol 44· Motivation and Delinquency* (pp. 119–77). Lincoln. University of Nebraska Press

Richters, J.E. & Cicchetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM–III–R Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology, 5,* 5–29.

Robins, L. (1966). *Deviant Children Growing Up* Baltimore: Williams & Wilkins.

Rowe, D.C., Woulbroun, E.J. & Gulley, B.L. (1994) Peers and friends as nonshared environmental influences. In E.M. Hetherington, D. Reiss & R. Plomin (Eds.), *Separate Social Worlds of Siblings· Impact of Nonshared Environment on Development* (pp. 159–73) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rutter, M. (1991). Childhood experience and adult psychosocial functioning. In G.R. Bock & J Whelan (Eds), *The Childhood Environment and Adult Disease,* CIBA Foundation Symposium 156 (pp 189–200). Chichester: John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1997). Comorbidity· Concepts, claims and choices. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7,* 265–85.

Rutter, M. (in press *a).* Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs. *Development and Psychopathology.*

Rutter, M. (in press *b).* Children's level of understanding of medical decisions. In *Guidelines for Researchers and Ethics Committees on Psychiatric Research Involving Human Participants* London: Royal College of Psychiatrists.

Rutter, M. & Smith, D.J (Eds.) (1995). *Psychosocial Disorders in Young People. Time Trends and their Causes.* Chichester: John Wiley & Sons.

Rutter, M., Champion, L., Quinton, D., Maughan, B. & Pickles, A. (1995). Understanding individual differences in environmental risk exposure In P. Moen, G.H. Elder, Jr. & K. Luscher (Eds.), *Examining Lives in Context· Perspectives on the Ecology of Human Development* (pp 61–93). Washington, DC: American Psychological Association.

Rutter, M., Dunn,J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J & Eaves, L. (1997*a*). Integrating nature and nurture: Implications of person–environment correlations and interactions for developmental psychology. *Development and Psychopathology, 9,* 335–64.

Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People.* New York: Cambridge University Press.

Rutter, M., Maughan, B., Meyer, J., *et al.* (1997*b*). Heterogeneity of antisocial behavior: Causes, continuities and consequences. In R. Dienstbier & D.W. Osgood (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 44: Motivation and Delinquency* (pp. 45–118). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

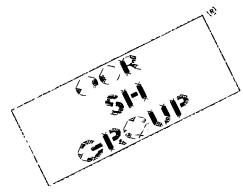
Sampson, R.J. & Laub, J.H (1993). *Crime in the Making: Pathways and Turning Points through Life.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Stoolmiller, M., Duncan, T., Bank, L. & Patterson, G.R. (1993). Some problems and solutions in the study of change: Significant patterns in client resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 920–8.

Tremblay, R.E., Schall, B., Boulerice, B. & Pérusse, D. (1997). Male physical aggression, social dominance and testosterone levels at puberty: A developmental perspective. In A. Raine, P. Brennan, D.P. Farrington & S.A. Mednick (Eds.), *Biosocial Bases of Violence* (pp. 271–92). New York: Plenum Press.

Tremblay, R.E., Japel, C., Pérusse, D., *et al.* (1999). The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health, 9,* 8–23.

Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine, 22,* 971–86.



Расстройства поведения распространены в населении и представляют собой наиболее частую причину обращения в учреждения системы охраны психического здоровья для детей и подростков. Агрессивность и протестное поведение нередко приобретают стойкий характер и значительно повышают вероятность возникновения в зрелом возрасте проблем преступного поведения, нестабильных отношений, психических расстройств и сурового воспитания.

Эта книга содержит исчерпывающий анализ общепризнанных и намечающихся аспектов расстройства поведения. Ее авторы, ведущие специалисты и исследователи этой сферы, подчеркивают сложность и вероятную неоднородность этого расстройства. Отдельные главы посвящены генетическим, биологическим, нейропсихологическим и когнитивным факторам, а также роли привязанности, семьи и более широких социальных воздействий. Анализируются влияние различных факторов на устойчивость нарушений поведения до и после совершеннолетия, а также методы профилактики и лечебные подходы. В последней главе, написанной Michael Rutter, обсуждаются современные достижения и перспективы развития этого раздела психиатрии. Красной нитью через всю книгу проходит роль гендерных различий и особенностей развития.

В книге собраны данные, полученные специалистами, которые работают в различных областях. Будучи надежным источником информации о часто встречающихся клинических и социальных проблемах, она станет необходимым пособием для специалистов сферы охраны психического здоровья и всех, кто интересуется медицинскими, социальными и правовыми аспектами здоровья и поведения детей.

Профессор **Джонатан Хилл** работает на кафедре психиатрии развития и детского возраста Ливерпульского университета и в детской больнице Alder Hey, является научным консультантом Центра ребенка и семьи клиники Menninger в городе Топика, штат Канзас. Он соавтор, вместе с Дереком Болтоном, книги «Разум, смысл и психические расстройства», написал ряд статей о социальном функционировании в зрелом возрасте лиц, перенесших жестокое обращение в детстве.

Барбара Моэн является членом Совета по медицинским исследованиям в научно-исследовательском Центре социальной и генетической психиатрии и психиатрии развития в Лондоне. Автор многочисленных публикаций на темы поведения детей, соавтор ставшей классической книги «Пятнадцать тысяч часов: средняя школа и ее влияние на детей».

OCR SH GROUP