

когнитивных стилей с позитивными событиями, активизирующими систему вознаграждения, говорили о возрастании гипоманиакальных/маниакальных симптомов, а с негативными событиями, деактивирующими систему вознаграждения (например, некоторые неудачи), говорили о развитии депрессивных симптомов в течение периода наблюдения<sup>9</sup>.

Когнитивные стили, связанные с вознаграждением, не всегда могут быть дезадаптивными. Действительно, высокая мотивация на достижение и амбициозная целеустремленность могут способствовать высокой креативности и потребности в успехе, которые также демонстрируются у многих людей с РБС или у людей с поведенческим риском развития РБС<sup>6</sup>.

Роль когнитивных стилей, связанных с вознаграждением, в возникновении и в течении РБС имеет применение для психосоциальных мероприятий, в частности когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), которая показала профилактический эффект для РБС<sup>10</sup>. В КБТ могут быть добавлены ценности, которые особым образом направлены на стремление к успеху, амбициозную целеустремленность и когнитивные схемы, направленные на вознаграждение, для лечения РБС<sup>10</sup>. Например, психотерапевт может разработать план, в котором колебания амбициозного целеполагания и самоуверенности определяются и устраняются в продромальном периоде для уменьшения вероятности начала маниакальной фазы<sup>10</sup>.

В заключение необходимо отметить, что когнитивные стили амбициозной целеустремленности связаны с высокой предрасположенностью к началу и рецидиву аффективных

эпизодов у лиц с РБС. Следовательно, эти стили могут быть хорошей мишенью для профилактических и терапевтических мероприятий для лиц с РБС.

**Lauren B. Alloy<sup>1</sup>, Robin Nusslock<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Temple University, Philadelphia, PA, USA;

<sup>2</sup>Northwestern University, Evanston, IL, USA

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2016;15:102-103)

#### Библиография

1. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD et al. J Abnorm Psychol 2009;118:459-71.
2. Johnson SL, Carver CS, Gotlib IH. J Abnorm Psychol 2012;121:602-9.
3. Alloy LB, Nusslock R, Boland EM. Annu Rev Clin Psychol 2015;11:213-50.
4. Nusslock R, Alloy LB. J Affect Disord 2017;216:3-16.
5. Alloy LB, Bender RE, Whitehouse WG et al. J Abnorm Psychol 2012;121:399-51.
6. Murray G, Johnson SL. Clin Psychol Rev 2010;30:721-32.
7. Stange JP, Shapero BG, Jager-Hyman SG et al. Cogn Ther Res 2013;37:139-49.
8. Stange JP, Molz AR, Black CL et al. Behav Res Ther 2012;50:231-9.
9. Francis-Raniere EL, Alloy LB, Abramson LY. Bipolar Disord 2006;8:382-99.
10. Nusslock R, Abramson LY, Harmon-Jones E et al. Clin Psychol Sci Pract 2009;16:449-69.

DOI:10.1002/wps.20494

## Превенция грубого обращения с детьми: стратегическая ориентация на нелинейные взаимоотношения между неблагоприятными ситуациями и психиатрическими нарушениями

Грубое обращение с детьми, включающее физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, а также пренебрежительное отношение к детям, является одной из известных и значительных причин психических нарушений в течение жизни, которая может быть предотвращена (так как другие значимые причины являются генетическими); по заниженным оценкам, ее частота составляет около 15% в развитых странах<sup>1,2</sup>.

Вредное воздействие грубого обращения, вероятно, объясняет более 25% дополнительного популяционного риска детской психопатологии<sup>1,3</sup>, и в тяжелых случаях ситуация может доходить до дефицита минимальных потребностей для нормального развития человека (питание, гигиена, человеческие взаимоотношения), телесных повреждений, сексуальной эксплуатации и увечий, необратимого повреждения мозга и смерти<sup>4</sup>, или же может быть связана с совершением насилия над детьми теми, кто сам был его жертвами, при достижении ими зрелости<sup>5</sup>.

Грубое обращение с детьми обычно впервые происходит в детстве, в частности, когда взрослый опекун сильно стрессирован или функционально неспособен быть внимательным к потребностям детей под его попечительством. Долгосрочные затраты на каждую годовую когорту детей, подвергнутым оскорблениям, только в США, по скромным оценкам, превысило 124 миллиарда долларов<sup>6</sup>.

Наши возможности прогнозировать грубое обращение с детьми на основе факторов риска, которые могут быть реально определены в первый день жизни ребенка (включая индикаторы психического здоровья родителей или злоупотребления психоактивными веществами, концентрированная бедность и различные социальноэкономические стрессовые индикаторы), существенно улучшились<sup>7</sup>, и могут быть выделены специфические профили риска, определяя подгруппу детей, которые имеют до 70% вероятности быть неизбежно зарегистрированными в официальном государственном списке детей, подвергшихся насилию/пренебрежительному отношению. Несмотря на это, больницы и медицинские организации очень редко проводят систематический скрининг риска грубого обращения с детьми.

Грубое обращение с детьми можно предупредить. Его предотвращение требует координированного применения мероприятий, направленных на ключевые пробелы в «типоспецифических» механизмах защиты детей и подростков: знания и компетентность в уходе, добывание ресурсов, суррогатность (например, семья или знакомые взрослые окружают ребенка для поддержки, если родители нуждаются в помощи) и непосредственный надзор за ребенком<sup>3</sup>.

Классическим, но все еще весьма распространенным сценарием риска является ситуация, в которой единственный родитель с несколькими детьми, находящийся в одиноч-

стве, нищете и недостаточно образованный, моделирует соответствующий уход (или собственный опыт его воспитания был травматическим или недостаточным), а также имеет нелечено психическое расстройство или злоупотребление психоактивными веществами.

Эффективный, доказанный подход по уменьшению риска грубого обращения с детьми, необходимый при данных обстоятельствах, включал бы инспекцию дома медсестрой (или фельдшером), школу родительства, психиатрическую помощь родителям, гуманитарную помощь в моменты кризиса и программа репродуктивного здоровья и планирования семьи. Это подобно уровню всесторонних мероприятий, которые предоставляются пациентам с тяжелыми медицинскими нарушениями в большинстве систем здравоохранения, включая рентабельные, доказательные мероприятия, которые могут быть приоритетными для семей в группе риска и координированы эффективным, целенаправленным ведением случая.

Тем не менее редко случается, что семьи в группе риска получают полный набор необходимой поддержки<sup>3,8</sup>. В США разделение между организациями здравоохранения, государственными учреждениями и местным самоуправлением, вместе с отсутствием права на систематический надзор за уровнем риска системой здравоохранения, все же гарантирует, что почти ни одна семья в группе риска не получит такого уровня поддержки. Конечным результатом является то, что грубое обращение с детьми приобретает характер эпидемии: по осторожным подсчетам, частота, основанная на официальной статистике, такова, что в США один из шести детей является жертвой насилия<sup>2</sup>.

Не все дети не выдерживают вредное воздействие грубого обращения. Напротив, эффекты травмы на мозг и становление поведения управляются такими факторами, как время возникновения в течение детства, тяжесть, вид и длительность грубого отношения, а также генетические особенности пострадавшего. Эти факторы делают детей более или менее склонными к становлению и сильно стрессированными неблагоприятным опытом. Такое явление происходит при уровне стресса выше, чем способности ребенка его компенсировать или ответить адекватно, что считается наиболее значимым в нейроповеденческой токсичности травмы (так называемый «токсичный стресс»<sup>9</sup>).

Особенные наследуемые качества темперамента делают одних детей склонными к чрезмерному уровню тревоги в ответ на травму, а других склонными к импульсивной агрессии. Jonson-Reid и соавт.<sup>5</sup> наблюдали дозозависимые эффекты от числа официально зарегистрированных случаев насилия/пренебрежительного обращения на данных о исходах психического здоровья детей и взрослых при неангажированной государственной проверке.

Важным парадоксом, касающимся роли грубого обращения с детьми в качестве причины психиатрических синдромов, является архиважный вывод из обширного близнецового и семейного исследования, что особенности окружения – в пределах типичного диапазона, наблюдаемого в общей популяции, – как правило, не являются столь значимой причиной тяжелых психических нарушений по сравнению с генетическими факторами или серьезными неблагоприятными факторами окружающей среды вне пределов типичного диапазона.

Изображая графически, если строить график зависимости степени тяжести психического нарушения (ось Y) от тяжести неблагоприятного фактора (ось X), то постепенный рост

кривой относительно оси неблагоприятных факторов в пределах типичного диапазона приводит к минимальному росту по оси Y тяжести психических нарушений. Но в точке перегиба функции, которая варьирует для каждого ребенка на основании генетической чувствительности или невосприимчивости, рост по оси Y становится круче с дальнейшим ростом тяжести неблагоприятных факторов и выравнивается (образуя сигмовидную кривую) в точке, за которой нарушения настолько выражены, что дальнейшее увеличение тяжести стресса имеет незначительный эффект.

Улучшенная способность управлять «уровнем неблагоприятных факторов» более точными методами и, таким образом, определить кривую для каждого отдельного ребенка, позволяет изменить коренным образом направленные превентивные мероприятия, обеспечивая положение, когда каждый ребенок остается в своей «безопасной зоне» вдоль этих двух критичных осей.

В то же время усилия по предупреждению грубого обращения со всеми детьми и семьями с существенно высоким риском – либо грубого обращения, либо его последствий – представляют собой осуществимую стратегию по уменьшению бремени психопатологии в общественном здоровье. Принимая во внимание продемонстрированный прогресс в способности предсказывать и предупреждать грубое обращение с детьми, система здравоохранения и правительство по всему миру имеют новую возможность (и этические полномочия) применять доказательные мероприятия в чувствительные моменты периода развития в течение жизни, воздействуя целенаправленно на множественный риск и на основе существующих платформ для дистанционного обучения для осуществления масштабирования под местные реалии<sup>2,8,10</sup>.

Родители, опекуны и семьи нуждаются в поддержке для обеспечения питания и защиты для того, чтобы дети и подростки могли достичь своего потенциала развития, и – как подчеркивает Shonkoff<sup>9</sup> – необходимо понять и воплотить в жизнь, что здоровое развитие мозга требует не только надлежащего питания, но и защиты от токсического стресса.

### John N. Constantino

Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA This work was supported in part by a grant from the US Administration for Children and Families (90YR0054-04).

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А.

(World Psychiatry 2018;17(1):103-104)

### Источники:

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K et al. Lancet 2009;373:68-81.
2. Wildeman C, Emanuel N, Leventhal JM et al. JAMA Pediatr 2014;168:706-13.
3. Constantino JN. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2016;25:157-65.
4. Shaley I, Heim CM, Noll JG. JAMA Psychiatry 2016;73:897-8.
5. Jonson-Reid M, Kohl PL, Drake B. Pediatrics 2012;129:839-45.
6. Ferrara P, Corsello G, Basile MC et al. J Pediatr 2015;167:1457-9.
7. Putnam-Hornstein E, Cederbaum JA, King B et al. Am J Epidemiol 2015;181:496-503.
8. Britto PR, Lye SJ, Proulx K et al. Lancet 2017;389:91-102.
9. Shonkoff JP. JAMA Pediatr 2016;1;170:1003-7.
10. Constantino JN, Ben-David V, Navsaria N et al. Am J Psychiatry 2016;173:566-73.

DOI:10.1002/wps.20495