

УДК 61

DOI 10.21661/r-551677

И.В. Дубатова, А.В. Анцыборов, А.В. Калинин, Л.А. Анцыборов

ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ОППОЗИЦИОННОЕ РАССТРОЙСТВО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

***Аннотация:** рассмотренные в статье вызывающее оппозиционное расстройство (ODD) и расстройства поведения (CD), возникающие в возрасте до 18 лет, относятся к стойким антисоциальным и агрессивным формам поведения, которые выходят за рамки социально приемлемых норм. В последние десятилетия были достигнуты значительные успехи в диагностике различных подтипов поведенческих aberrаций, возникающих в детском и подростковом возрасте, и их прогностической оценке в долгосрочной перспективе. Раннее начало поведенческих нарушений формирует неблагоприятный прогноз, коррелируя с биологическими и социальными факторами риска, такими как дефицит внимания, нарушения импульсивного контроля и неблагоприятной социальной средой. Большинство клинических наблюдений свидетельствуют об эффективности различных психотерапевтических программ в терапии ODD/CD. Применение медикаментозной терапии показано лишь в тяжелых случаях и при отсутствии эффективности психотерапевтических методик.*

***Ключевые слова:** вызывающее оппозиционное расстройство, расстройства поведения, антисоциальное поведение, агрессия, прогноз, факторы риска, критерии диагностики, лечение.*

I.V. Dubatova, A.V. Antsyborov, A.V. Kalinchuk, L.A. Antsyborov

OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

***Abstract:** oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD), which usually develop at the age below 18, are considered as a sustainable antisocial and aggressive types of behavior, stepping beyond the borders of socially accepted*

standards. Within the recent decades, significant success has been achieved in the diagnosis and long-term predictive assessment of different types of behavioral aberrations, occurring during the childhood and adolescence. Early development of behavioral disorders forms unfavorable predictions and correlates with biological and social risk factors, such as attention deficit, impulse control disorder and unfavorable social environment. Most of the clinical observations confirm the effectiveness of different psychotherapeutic programs in the therapy of ODD/CD. The drug treatment is proposed to be used only in the severe cases, or in the cases when psychotherapeutic methods are not effective.

Keywords: *oppositional defiant disorder, conduct disorder, antisocial behavior, aggression, prognosis, risk factors, diagnostics criteria, treatment.*

Введение

Расстройства поведения, возникающие в возрасте до 18 лет, являются одним из наиболее распространенных и исследуемых состояний в области детской и подростковой психиатрии. Поведенческие нарушения, возникающие в раннем возрасте, являются одной из наиболее распространенных причин для первичной психиатрической консультации, а зачастую и для первого контакта семьи с врачом-психиатром. Когда мы начали писать настоящий обзор, поиск, по ключевым словам, ‘conduct disorder’ и ‘oppositional defiant disorder’ с помощью поисковой системы GoogleScholar и в индексируемой базе PubMed, с 2016 года, выдал более 175000 и 47086 результатов, соответственно. Подобные результаты говорят о повышенном интересе к данной проблеме, как со стороны профессионального сообщества, так и со стороны психологов, педагогов, и специалистов по медицинской реабилитации. Расстройства поведения, возникающие в возрасте до 18 лет, оказывают огромное экономическое влияние на общество в целом. В 2010 году в европейских странах было израсходовано около 3671 млн. евро на медицинское обслуживание несовершеннолетних пациентов, страдающих расстройствами поведения [1; 2]. Подобные данные по России отсутствуют, что не позволяет сделать выводы об истинных масштабах проблемы. Во всем мире в области

детской и подростковой психиатрии, дети с коморбидной депрессией, СДВГ и расстройствами поведения, демонстрируют высокий процент обращения за специализированной медицинской помощью. По данным некоторых исследований, стоимость одного клинического случая пациента оценивается в более чем 20000 долларов США, или 15000 фунтов стерлингов [3; 4]. На протяжении более 80 лет предлагалось множество теорий, пытающихся объяснить поведенческие расстройства в детском возрасте, как вариант патохарактерологического развития с одной стороны, или как гетерогенную группу расстройств поведения, с другой. В 1941 году Maughs применил термин 'manie sans delire', что в буквальном смысле означает «мания без возбуждения», с целью описания особенностей развития психопатической личности [5]. Гораздо позднее, когда кластерные категории были впервые применены в DSM-III 5, термин «антисоциальная личность» был сохранен, и классифицирован как отдельный тип личности в кластере «В». В последующих версиях DSM он был сохранен в качестве нозологической единицы. Несмотря на многочисленные попытки диагностировать и лечить данное состояние в раннем детстве или в подростковом возрасте, многие дети с подобными расстройствами поведения остаются без должного внимания. Это приводит к тому, что спустя много лет, они попадают в поле зрения специалистов, но уже как взрослые пациенты; и в том, и другом случаях, они никогда не получают адекватного лечения. До второй половины XVIII века, вплоть до начала XIX века, дети и подростки с поведенческими проблемами, в основном подвергались судебному преследованию, не попадая в зону внимания специалистов [6–8]. В 1825 году в Нью-Йорке было создано первое в истории учреждение по борьбе с преступностью среди несовершеннолетних, 'New York House of Refuge' [9; 10]. До 19-го века дети и подростки считались такими же правонарушителями, как и взрослые, и наравне с последними, в качестве приговора суда, могли получить смертную казнь. Смертная казнь для несовершеннолетних преступников до сих пор применяется на практике в нескольких странах [11]. Так, например, в Саудовской Аравии смертная казнь продолжает применяться к лицам, не

достигшим 18 лет. Во время недавнего громкого инцидента в 2015 году в Иране, были казнены два несовершеннолетних правонарушителя, что вызвало большой резонанс в системе ювенальной юстиции [12–14]. В Соединенных Штатах только в 2005 году смертная казнь для несовершеннолетних правонарушителей была отменена [15]. В январе 2016 года правительство США сократило срок заключения для несовершеннолетних правонарушителей до 60 дней, подчеркнув высокую уязвимость для данной группы населения к различного рода психологическим последствиям, и последствиям, связанным с психическим здоровьем [16]. Вызывающее оппозиционное поведенческое расстройство/расстройства поведения, возникающие в возрасте до 18 лет (ODD/CD), характеризуется антисоциальным поведением, занимающем положение вне социально приемлемых норм, которое нарушает как микросоциальное, так и макросоциальное положение других людей, находящихся в непосредственном контакте с пациентом. Данный тип поведения включает в себя чрезмерную словесную и физическую агрессию, зачастую немотивированные вспышки гнева, лживость, эпизоды воровства, грубое неповиновение, нарушение общепринятых правил поведения, эпизоды насилия по отношению к ближайшему окружению [17]. Став взрослыми людьми, многие из детей с данным типом поведенческих нарушений, продолжают вести антисоциальный образ жизни. Злоупотребление различными психоактивными веществами и криминальное поведение, являются в данном случае частым явлением. В большинстве случаев, возникающие на данном фоне поведения разрушительные действия и психологические травмы, причиняемые членам семьи и сверстникам в школе, а также обществу в целом, достигают достаточно выраженных масштабов. Несмотря на то, что кратковременные эпизоды подобного типа поведения могут наблюдаться у многих детей (что связано с патологическим типом воспитания в семье и низким самоконтролем у детей, которые в большинстве ситуаций не выходят за рамки «нормативного» поведения), клинически очерченные случаи ODD/CD, в настоящее время рассматриваются, как «настоящие» психические расстройства [17; 18]. Подобный подход, на наш взгляд, обусловлен

несколькими причинами. Во-первых, в последние годы появилось много публикаций посвященных вопросам этиологии и патогенеза ODD/CD, базирующихся на данных нейробиологических исследований. Биологический компонент ODD/CD включает в себя генетические и морфофункциональные нарушения, делающей очевидной идею о том, что проблемы поведения, связаны не только с низкой социализацией [19; 20]. Во-вторых, в настоящее время достигнут значительный прогресс в понимании различных подтипов антисоциального поведения, в частности, время возникновения поведенческих нарушений, и возможный прогноз. Наконец, в последние годы был достигнут прогресс в разработке эффективных методов терапии поведенческих нарушений не только у детей, но и у подростков, которые ранее часто считались практически не поддающимися терапии [21]. Можно с уверенностью говорить о том, что, по мере накопления научных знаний о биологических и социальных факторах, predispositions ODD/CD, серьезности последствий данного типа поведенческих нарушений, общих затрат на процесс терапии, дети, страдающие данным расстройством, заслуживают правильной клинической оценки и эффективных подходов к терапии [22]. В рамках настоящего обзора терминологическое сочетание «антисоциальное поведение» будет использоваться в качестве «общей» клинической конструкции, а сочетание «вызывающее оппозиционное поведенческое расстройство» будет использоваться для обозначения частного варианта данной конструкции, который соответствует общепринятым диагностическим критериям. Не достигающие клинической значимости поведенческие нарушения, на наш взгляд, можно называть «проблемным поведением».

Вопросы классификации и критерии диагностики ODD/CD.

За время изучения вызывающего оппозиционного расстройства поведения было предложено множество классификаций антисоциального поведения, как такового. Практически во всех классификациях использовались методы факторного анализа, основанные на анализе данных «длинника заболевания». Различные «рабочие» классификации включали в себя «явное» антиобщественное

поведение (истерическое, агрессивное), и «скрытые» его формы (лживость и склонность к воровству). Также в классификациях предлагалось отдельно рассматривать фактор агрессии: т.н. «открытая, явная» агрессия (преднамеренное физическое воздействие, удары, укусы), наряду с «реактивной агрессией» (вспышки агрессии только при провокации), «реляционная» агрессия (издевательства, стиль поведения в отношении «козла отпущения», словесные оскорбления), и антисоциальное поведение дома, с упорядоченным поведением в школе [23–27]. Применение факторного анализа, облегчает разделение вызывающего оппозиционного расстройства поведения на отдельные подтипы, но при этом возникает проблема, заключающаяся в корреляции между отдельными клиническими признаками по подтипами внутри них. Независимый анализ подобных проблем демонстрирует как максимальное сходство подтипов, так и огромные расхождения между ними [28; 29]. Именно поэтому необходимы более надежные способы дифференциации различных антиобщественных типов поведения, которые будут подкрепляться несколькими независимыми критериями валидации по длиннику заболевания: семейный анамнез, наличие/отсутствие генетических маркеров, нейропсихологические особенности ребенка/подростка, выявленные при психометрическом исследовании, или динамические данные fMRI, как ответ на лечение [30–32]. В МКБ-10 и DSM-5 включено ODD/CD, характеризующееся повторяющимся, постоянными нарушениями поведения, носящего антисоциальный характер; а также отдельными формами отклоняющегося поведения, не классифицируемого в других рубриках. Вызывающее оппозиционное поведенческое расстройство чаще всего представляет собой отдельную нозологическую единицу, которая выносится в качестве клинического диагноза детям младшего возраста, тогда как иные поведенческие расстройства, чаще всего (но не всегда) представляют собой диагноз, который ставят детям старшего возраста, и подросткам. Диагностические критерии в обоих случаях практически идентичны [22]. Диагностика вызывающего оппозиционного поведенческого расстройства *требует наличия четырех из восьми симптомов, указанных ниже, наблюдаемых*

в состоянии на протяжении не менее 6 месяцев. Данные симптомы (клинические проявления) должны находиться за пределами «нормативного диапазона» развития ребенка: 1) гневливое и раздражительное настроение (сопровожающееся частыми, и выраженными эпизодами психомоторных реакций); 2) обидчивость, или повышенная вспыльчивость, по отношению к другим людям; 3) злоба, или обидчивость как постоянный фон; 4) субъективно аргументированное и вызывающее поведение: частые споры со взрослыми; 5) активный отказ выполнять запросы взрослых, или игнорирование установленных правил; 6) намеренное совершение поступков, раздражающее окружающих людей; 7) обвинение других в своих промахах или ошибках, а также в плохом поведении; 8) мстительность: частые эпизоды злобы, или обиды [33]. Как в DSM-5, так и в МКБ-10, существуют отдельные уточнения, включающие в себя критерии степени выраженности поведенческих нарушений (легкая, средняя, или тяжелая). В рамках МКБ-10 используются 2 из 4 симптомов, применяющихся для диагностики CD (расстройств поведения до 18 лет); в отличие от общих критериев диагностики CD, при определении степени тяжести оппозиционного поведенческого расстройства, симптомы должны носить дезадаптивный характер. В DSM-5 постановка диагноза CD (расстройства поведения, в возрасте до 18 лет) не исключает ODD (вызывающее оппозиционное поведенческое расстройство) [34]. Диагностика расстройств поведения до 18 лет требует наличия в состоянии трех из следующих 15 критериев, наблюдаемых в течение последних 12 месяцев: 1) агрессия по отношению к окружающим и животным (что может сопровождаться эпизодами издевательств над другими); 2) частое инициирование драк; 3) использование различных предметов (не исключая холодное и огнестрельное оружие), которые могут нанести серьезный физический вред другим людям; 4) проявление физической жестокости по отношению к другим людям; 5) проявление физической жестокости по отношению к животным; 6) совершение противоправных поступков, связанных с конфликтной ситуацией; 7) принуждение других к сексуальной активности; 8) уничтожение и порча имущества (включая умышленный поджог

с риском причинения серьезного ущерба); 9) умышленное уничтожение чужой собственности; 10) постоянная лживость или кражи: проникновение в чужую квартиру, дом, или машину; 11) ложь с целью получения предметов обихода или бытовой техники, каких-либо услуг, или с целью избегания ответственности; 12) похищение ценных предметов, без контакта с владельцем; 13) серьезные нарушения общепринятых правил: возвращение домой глубокой ночью, несмотря на запрет родителей (начиная с 13 лет); 14) неоднократные побеги из дома (минимум два раза); 15) частые прогулы школьных занятий (начиная с 13 лет) [35; 36]. В МКБ-10 включены дополнительные указания для диагностики социализированных/не социализированных вариантов CD ((‘conduct disorders’) поведенческих расстройств до 18 лет), которые в основном ограничены «семейным контекстом» [37]. DSM-5 включает в себя уточнения для детей «с ограничением просоциальных эмоций» (черствый, эмоционально-холодный характер). В данном случае для диагностики должно отмечаться ухудшение в состоянии. При этом варианте вызывающего оппозиционного поведенческого расстройства, возрастные параметры отсутствуют. В данную категорию не должны включаться дети и подростки, чье состояние соответствует критериям антисоциального / диссоциального расстройства личности (АСРЛ) [38]. Между двумя диагностическими системами существуют определенные различия, касающиеся критериев диагностики вызывающего оппозиционного расстройства поведения: во-первых, в МКБ-10 ODD (вызывающее оппозиционное поведенческое расстройство) является подтипом CD (расстройство поведения, возникающее в возрасте до 18 лет), тогда как в DSM-5 они являются разными нозологическими единицами. Подобный подход вызывает широкую дискуссию в профессиональных кругах. С точки зрения критериев внешней валидности, действительно, существует схожесть между данными состояниями, при этом переход от одного к другому не является клинической редкостью. Именно поэтому, их можно рассматривать как «возрастной дрейф» группы симптомов, характеризующихся антиобщественным поведением. Поскольку у большинства детей с клиникой CD, можно наблюдать

симптомы ODD, DSM-IV не позволяла диагностировать два состояния одновременно. Данный барьер был удален после перехода на DSM-V [6; 39]. Также в DSM-5 представлены критерии диагностики двух других расстройств, которые могут быть коморбидны относительно друг друга: первое расстройство было представлено в DSM-IV, как «прерывистое взрывное расстройство» (которое можно диагностировать только после шести лет), и относительно «новое» расстройство – «дисрегуляторное деструктивное расстройство настроения» (DMD). По мнению большинства экспертов, диагноз DMD был введен с целью снижения случаев гипердиагностики биполярного расстройства у детей и, исключения случаев, когда нарушения в эмоциональной сфере связаны с приемом лекарств. Несмотря на то, что данная нозологическая единица, связанная с эмоциональной патологией, в настоящее время тщательно исследуется, большинство экспертов сходятся во мнении, что существующие критерии диагностики DMD максимально сходны с ODD (отношение шансов 50–100). Достоверность данной диагностической категории многими оспаривается [40–42]. В DSM-5, как и в DSM-IV, возможна диагностика как ODD, так и CD у взрослых пациентов. Данные поведенческие расстройства входят в раздел «деструктивные расстройства поведения». При этом, в МКБ-10 нет установленных ограничений диагностики по возрасту, в рамках рубрики расстройств «обычно начинающихся в детском или в подростковом возрасте». Включение ODD и CD в данную рубрику указывает на то, что диагнозы данных расстройств поведения менее применимы у взрослых пациентов. Диагностика данных расстройств у взрослых будет означать, что у многих пациентов с криминальным прошлым, может быть ретроспективно диагностировано CD (расстройство поведения, возникающее в возрасте до 18 лет). При этом, ни в DSM-5, ни в МКБ-10 нет отдельных указаний на возможные последствия подобного диагностического похода. Как правило, большинство клиницистов, обычно не применяют данный диагноз к взрослым пациентам. В DSM-5 допускаются «множественные диагнозы», тогда как в МКБ-10 отдается предпочтение одному диагнозу, который имеет первостепенное значение [43–46].

Эпидемиологические характеристики ODD/CD

Общая распространенность ODD и CD варьирует от 5% до 10%, в зависимости от того, какое исследование цитируется, что в свою очередь, зависит от используемых методик и страны, где проводилось исследование [47]. У детей младшего возраста ODD встречается чаще, чем CD; в подростковом возрасте ситуация представлена наоборот [48]. Как правило, общая распространенность ODD/CD составляет около половины всей детской и подростковой психопатологии, что делает данные расстройства наиболее распространенными заболеваниями [49; 50]. Высокие показатели распространенности ODD/CD зарегистрированы в Бангладеш (8,9%), Йемене (7,1%) и Бразилии (7%). Эпидемиологические показатели «среднего уровня» отмечаются в Великобритании (5,3%). К странам с низкими показателями распространенности ODD/CD относятся Италия (1,2%), Гоа, и Индия (0,4%) [51]. Эпидемиологические исследования по данному вопросу в России отсутствуют, или носят разрозненный характер, не позволяющий получить полную картину. В развитых странах среди этнических меньшинств более высокие показатели отмечаются у представителей групп африканского / карибского / афроамериканского населения [52; 53]. Статистические данные медицинских служб подтверждаются отчетами полиции о правонарушениях. Показатели распространенности ODD/CD значительно выше у детей, подвергавшихся жестокому обращению, воспитанников интернатов и детских домов, а также тех, кто воспитывался в приемных семьях [54–56]. Пол, наряду с типом воспитания, по данным различных исследований является одним из самых мощных предикторов антисоциального поведения в детском и подростковом возрасте [57; 58]. Мальчики младшего возраста, с установленным диагнозом ODD, превосходят по численности девочек, в соотношении 2:1, [59]. Данное соотношение возрастает в подростковом возрасте для случаев CD, и составляет от 3:1 до 7:1 [60]. Подобное различие связано с использованием критериев включения / исключения в рамках проводимого исследования. Например, принуждение других к нежелательному сексу, использование какого-либо типа оружия, кражи более

распространены среди мальчиков. При этом, в ряде исследований игнорируется использование клинических критериев МКБ-10 для подобного типа поведения, которые нельзя не учитывать [61]. К другим недостаткам подобных исследований можно отнести излишние акценты на агрессию в межличностных отношениях, постоянному нарушению правил поведения в обществе, на фоне злоупотребления алкоголем и наркотиками, а также включение в исследование большего числа девочек, что в целом приводит к статистической недостоверности [62]. Несмотря на то, что показатели распространенности поведенческих расстройств различаются, факторы риска формирования расстройств поведения остаются одинаковыми, как для мальчиков, так и для девочек [63; 64]. Ли Робинс обнаружил, что примерно у 40% детей, имеющих проблемы с поведением, прослеживался криминальный этап во взрослой жизни. В 1966 году Ли Робинс опубликовал фундаментальную статью, где было показано, что ни какой-то конкретный симптом, или группа симптомов, являются предикторами для взрослой жизни, а прежде всего, степень их выраженности, клинический полиморфизм, и продолжительность симптомов в детском возрасте [65]. Современные исследования подтвердили, что около 90% рецидивистов-преступников имели проблемы с поведением в детстве [66]. Рядом современных исследований доказано, что вызывающее оппозиционное расстройство поведения, возникающее в подростковом возрасте, сопровождается малым удельным весом нейрокогнитивных нарушений, а антисоциальное поведение в значительной степени уменьшалось в возрасте 20 лет. У детей дошкольного и раннего школьного возраста, с аналогичными нарушениями поведения, наблюдался более низкий IQ, имели место выраженные проблемы связанные с гиперактивностью и нарушением внимания, сниженная способность к запоминанию новой информации, более выраженные проблемы со сверстниками, отягощенный семейный и психосоциальный анамнез [67–70]. Таких детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, а также несовершеннолетних правонарушителей относят в группу высокого риска развития ODD/CD [71].

Долгосрочный прогноз ODD/CD

Если говорить в целом, то клинический диагноз ODD/CD в детском и подростковом возрасте является прогностически неблагоприятным в свете отдаленных последствий. Сводные данные о возможных социальных и медицинских последствиях ODD/CD, для взрослого возраста, представлены в таблице 1 [72]. По данным исследования Fergusson et al., (2005), было обнаружено, что 5% детей с максимально выраженным асоциальным поведением (диагностические критерии соответствовали ODD/CD) в возрасте 7 лет, к 26 годам имели следующие социальные и медицинские проблемы: правонарушения с применением насилия 35%, против 3% контрольной группы, употребление «тяжелых» наркотиков 20%, против 5% контрольной группы, ранняя подростковая беременность 20%, против 4% контрольной группы, окончание школы без допуска к выпускным экзаменам 52%, против 6% контрольной группы, получение группы инвалидности по психическому заболеванию 33%, против 9% [73]. Условное клиническое разделение детей с диагнозом ODD на раздражительно-гневливых, «стеничных» и «своеправных» в отдаленной перспективе демонстрирует различные медицинские и социальные последствия [74]. Те из детей, у кого с раннего возраста проявлялись в большей степени черты раздражительности и гневливости («вспышки» гнева и истероформные проявления), во взрослом возрасте более склонны к формированию тревожных расстройств и депрессии. Те дети, у кого с раннего возраста отмечалась «стеничность» (постоянно вызывающее поведение и явное непослушание), во взрослом возрасте наиболее часто демонстрируют различные поведенческие расстройства [75]. У детей с чертами «своеправности» (для которой характерны эмоциональная черствость в сочетании с «тихим» непослушанием), во взрослом возрасте чаще развивается агрессивное расстройство поведения. По данным различных авторов, у детей с данными чертами характера в рамках ODD/CD, социальный и медицинский прогноз гораздо хуже, чем у других [76; 77]. По мере взросления детей с клиникой ODD/CD, общее количество антисоциальных поступков совершенных ими, в значительной степени уменьшается к

возрасту 40–50 лет. Это вовсе не означает, что их жизнь стала полностью расположена в плоскости «социальных рамок». Согласно данным различных исследований посвященных изучению делинкветного поведения, к 40 годам у данного типа людей сохраняется высокий уровень «социальной недостаточности» [78–81].

Таблица 1

Социальные и медицинские последствия ODD/CD, для взрослого возраста [72]

<i>Криминальное поведение</i>	совершение жестоких, и ненасильственных преступлений (грабежи, нанесение тяжких телесных повреждений; угон автомобилей, мелкие преступления, мошенничество)
<i>Проблемы, связанные с психическим здоровьем</i>	высокий риск формирования антисоциального расстройства личности, злоупотребления алкоголем и наркотиками, тревожные расстройства, различные по структуре депрессии, соматоформные расстройства, эпизоды преднамеренного нанесения самоповреждений, завершённый суицид, частые госпитализации в психиатрический стационар
<i>Образование и обучение</i>	низкие результаты вступительных, и выпускных экзаменов, частые пропуски занятий, окончание школы без аттестата, значительное снижение перспектив получения высоких профессиональных навыков
<i>Трудоустройство и трудовая занятость</i>	безработица, частая смена работы, низкий финансовый доход, низкий социальный статус, частое обращение в социальные службы за пособием по безработице
<i>Социализация</i>	малое количество близких друзей; друзья часто ведут асоциальный образ жизни; трудности в установлении долгих, прочных социальных связей; пониженная способность к сопереживанию. Постепенная утрата контактов с родственниками, соседями, друзьями.
<i>Интимная жизнь</i>	Интимные связи носят кратковременный характер, и не переходят в долгосрочные отношения. Интимная жизнь часто сопровождается насильственными действиями, включающие насилие в собственной семье. Сексуальные партнеры часто ведут асоциальный образ жизни
<i>Собственные дети</i>	Жестокое обращение с собственными детьми, поведенческие проблемы у собственных детей, или у детей, взятых под опеку
<i>Соматическое здоровье</i>	Различные проблемы с соматическим здоровьем. Ранняя смерть

Прогностически неблагоприятные факторы представлены в Таблице 2 [72; 82].

Прогностически неблагоприятные факторы

Факторы	Описание
<i>Первые признаки расстройства поведения</i>	Возникновение выраженных поведенческих проблем, в возрасте до 8 лет
<i>Феноменология поведенческих нарушений</i>	Частые и разнообразные антисоциальные действия, вызывающие серьезные последствия; физическая агрессия; преднамеренные антисоциальные поступки
<i>Коморбидность</i>	Клинические проявления дефицита внимания / гиперактивности; эмоциональная черствость и холодность
<i>Показатели интеллекта</i>	Низкие показатели интеллекта
<i>Семейный анамнез</i>	Криминальное прошлое у родителей. Злоупотребление алкоголем/алкогольная зависимость у членов семьи
<i>Течение беременности</i>	Беременность в условиях психотравмирующей ситуации, курение и злоупотребление алкоголем в период беременности
<i>Тип воспитания в семье</i>	Воспитание по типу эмоционального отвержения; маятникообразный тип воспитания; безнадзорность; насилие и агрессия, как воспитательные меры
<i>Социальные условия</i>	Семья с низкими финансовыми доходами, проживание в «неблагополучном районе», обучение в школе с низкими показателями образовательных программ

Клинические характеристики ODD/CD, дифференциальная диагностика, коморбидность, методы исследования

Одними из характерных и существенных особенностей вызывающего оппозиционного поведенческого расстройства/расстройства поведения, возникающими в возрасте до 18 лет (ODD/CD), являются достаточно последовательные и устойчивые модели поведения, находящиеся вне существующих социокультурных норм, которые не могут быть объяснены «нормативным» поведением, соответствующим детскому, или подростковому возрасту. У детей с оппозиционно-вызывающим расстройством поведения, «стержневыми» нарушениями являются: непослушание, мстительность, отсутствие авторитетов. В редких случаях они могут проявлять агрессию по отношению к близким, или посторонним, людям и животным. Также редки (но полностью исключить нельзя) эпизоды разрушительных действий, направленных на имущество (свое или чужое), постоянный обман и воровство [6; 83; 84]. Эпизоды нарушенного поведения часто становятся т.н. «первым звонком» для родителей или близких. Чаще всего на

первых этапах данные эпизоды носят «изолированный» характер, и очень редко с самого начала они сочетаются с вызывающим оппозиционным поведением, что в некоторых случаях бывает трудно разграничить [85]. Драки с родственниками или своими ровесниками нередко связаны с вызывающим оппозиционным расстройством поведения, но полностью не ограничиваются последним. Физическая агрессия в данном случае выступает в роли инструмента, помогающего добиться исполнения желаний [43]. Использование холодного и огнестрельного оружия подростками стало одной большой проблемой в последние годы, как в мире, так и в России. Прежде всего это связано с ростом числа случаев насилия в учебных заведениях и применением оружия в школах. Легкий доступ к любому типу оружия в домашних условиях часто являлся одной из причин трагедии [86]. По данным различных исследований, жестокость по отношению как к близким, так и посторонним людям, наряду с вызывающим оппозиционным поведением, демонстрируют высокий риск и специфичность, в перспективе развития антисоциального расстройства личности в более позднем возрасте. При этом гендерных различий не отмечалось. Вместе с тем, жестокое обращение с животными в детском и подростковом возрасте, подобной закономерности не демонстрировало [74; 87]. Уничтожение имущества включает в себя, но не ограничивается, следующими действиями: пробивание отверстий в стенах (чаще всего), бросание в разные стороны различных предметов обихода, разрушение мебели, повреждение предметов домашнего обихода, повреждение транспортных средств, повреждение имущества школы и т. д. Данные действия являются одной из наиболее частых причин для обращения к психиатру. Поджоги с конечной целью уничтожения имущества достаточно редко наблюдаются у пациентов с вызывающим оппозиционным расстройством поведения. Если данные эпизоды все же возникают, то они отражают тяжесть агрессивного поведения [88–91]. Дети с вызывающим оппозиционным расстройством поведения нередко совершают кражи вещей у других детей в школе или на общих мероприятиях (линейки, утренники, и т. д.). Нередко подростки крадут кредитные карты, чтобы покупать вещи в

Интернете, которые не представляют особой ценности для них. Кража совершается с целью привлечения к себе внимания. Лживость и «лживое поведение», в основном используется с целью получения выгоды или каких-либо предметов обихода [62]. Систематическое нарушение данных обещаний, или неспособность выполнить взятые на себя обязательства, часто наблюдается у подростков с клиникой ODD/CD [39]. Пропуски школьных занятий часто отмечаются у детей с клиникой ODD/CD. При этом, отсутствие в школе в подростковом возрасте потенциально влечет за собой вовлечение в группы подростков старше по возрасту, с асоциальным поведением, употребление различных ПАВ, совершение преступлений различной степени тяжести, и т. д. Чаще всего подобные поведенческие нарушения возникают в возрасте до 13 лет [92]. Эпизоды побегов из дома должны возникать как минимум дважды, чтобы соответствовать диагностическим критериям клиники ODD/CD. В данную категорию можно также отнести отдельные случаи побега, продолжительные и длительные по времени, включая ночевки у друзей, несмотря на запрет членов семьи [93].

Диагностические указания:

1. Возраст начала поведенческих нарушений:

При варианте начала в детском возрасте, как минимум один симптом расстройства поведения должен наблюдаться в состоянии до 10 лет. При варианте начала в подростковом возрасте, первые характерные признаки появляются после данного возраста. В тех случаях, когда возраст начала заболевания определить невозможно, или недостаточно информации о первых симптомах, характерных для расстройств поведения, используется спецификация *без дополнительных указаний* [94].

2. Связанные с поведением особенности личности:

Фактор редуцированного просоциального поведения используется для диагностики в тех случаях, когда у пациента наблюдаются постоянно в течение как минимум 12 месяцев, в различных соотношениях, и при различных условиях, два из четырех нижеперечисленных клинических признака [94]:

1) отсутствие раскаяния, или чувства вины за свои действия, или поступки: ребенок, или подросток, не чувствует себя виноватым за свои действия, его насколько не заботят возможные последствия совершенных им действий или поступков;

2) недостаток эмпатии: ребенок, или подросток, не заботится о чувствах других людей, а уделяет первостепенное внимание самому себе. Он не задумывается о том, как его действия, или поступки влияют на его жизнь;

3) полное отсутствие интереса к академической успеваемости;

4) сглаженный, или «уплощенный» аффект: ребенок, или подросток не выражает никаких эмоций, или чувств к другим людям, включая близких. В тех случаях, когда эмоциональные реакции присутствуют, то они очень поверхностны, им не хватает искренности.

3. Степень выраженности:

1) «легкая» степень: действия, или поступки причиняют незначительный вред окружающим;

2) «средняя»: действия, или поступки причиняют легкий, или значительный вред окружающим;

3) «тяжелая»: дети, и подростки с наличием в состоянии большинства диагностических признаков. Симптомы нарушенного поведения причиняют значительный вред окружающим и сочетаются с другими поведенческими нарушениями (злоупотребление ПАВ / алкоголем) [94].

Описана коррелятивная зависимость между степенью выраженности различных подтипов поведенческих расстройств, возникающих в детском и подростковом возрасте и риском развития других психических нарушений [95–98]. По данным различных исследований, в детском и подростковом возрасте наблюдается высокий процент коморбидных состояний между расстройствами поведения и другой психической патологией [47; 81; 99]. Согласно данным различных исследований, уровень коморбидности колеблется от 37 до 87% [100–102]. Большинство подростков страдают от коморбидных аффективных расстройств, с

гендерным увеличением среди девочек-подростков [103]. Ниже мы приводим список наиболее часто встречающихся расстройств в данной возрастной группе, которые могут сопровождаться теми или иными расстройствами поведения.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (ADHD/СДВГ).

Одной из главных особенностей СДВГ являются симптомы нарушения внимания и гиперактивности, особенно в ситуациях, требующих концентрации. Самым простым способом, с помощью которого ребенок или подросток могут уклониться от выполнения тех, или иных задач, является отказ от их выполнения. Подобное поведение в большинстве случаев тесно связано с вызывающим оппозиционным расстройством поведения (ODD), и иногда может быть неверно трактоваться как расстройства поведения возникающее в возрасте до 18 лет (conduct disorders) [104]. В подобных ситуациях (при наличии симптомов поведенческих расстройств) необходимо проводить терапию коморбидного СДВГ препаратами первой линии, в сочетании с препаратами, оказывающими влияние на поведенческие нарушения (если таковые достигают высокой степени выраженности) [38]. Коморбидность СДВГ и ODD/CD, демонстрирует наиболее худший прогноз [38].

Вызывающее оппозиционное расстройство поведения /

Расстройства поведения возникающие в возрасте до 18 лет

Как отмечалось ранее, при вызывающем оппозиционном расстройстве поведения (ODD), основные поведенческие нарушения не направлены напрямую на ближайшее окружение или других лиц. Ребенок или подросток в первую очередь выступают против правил или социальных норм, которые, по его мнению, направлены ограничение его «свобод». Дети и подростки с клиникой ODD, зачастую не причиняют физический вред животным или другим людям из близкого и дальнего окружения. Центральной проблемой поведенческих расстройств является отвержение каких-либо авторитетов, но меньшей степени выраженности, чем при поведенческих нарушениях, возникающих в возрасте до 18 лет (CD/conduct disorders). Практически отсутствуют случаи обмана, кражи, и порчи имущества-более характерных для (CD/conduct disorders) [17; 18; 21; 105].

Аффективные нарушения

Несмотря на то, что у детей достаточно трудно типировать текущее эмоциональное состояние, подростки в достаточной степени способны (если нет задержки развития) рассказать о своих чувствах и более четко описать свое настроение. Эпизодические «вспышки» гнева, наряду с экспансивным, и раздражительным настроением, в контексте маниакальных или гипоманиакальных состояний, которые чередуются с депрессивными эпизодами, должны настораживать в отношении развития биполярного расстройства в данной возрастной категории [106]. Постоянный (но не более 3-х месяцев), и длительный (более 12 месяцев) характер «вспышек» гнева, максимальной степени тяжести (агрессия по отношению к ближайшему, и дальнему окружению, порча мебели и имущества), с высокой частотой возникновения (3 и более раз в неделю), должен вызывать особое внимание в отношении развития в состоянии дисрегуляторного деструктивного расстройства настроения (DMDD) и расстройств импульсного контроля (РИК) [42; 107–109]. Согласно существующей практике, если в состоянии наблюдаются все критерии, соответствующие диагностике DMDD и ODD, диагноз DMDD должен выноситься в качестве сопутствующего [110; 111]. Редкие эпизоды депрессии обычно не создают трудностей при дифференциальной диагностике аффективных расстройств от поведенческих нарушений. При этом, следует учитывать, что, если симптомы раздражительности у детей возникают вне эпизодов неповиновения взрослым, следует задуматься о наличии в состоянии депрессивных расстройств [112; 113].

Расстройство адаптации с нарушением поведения

В тех случаях, когда для ситуационных изменений в поведении могут быть выявлены конкретные триггеры, а клинически значимые поведенческие проблемы преимущественно возникают в контексте прямого или косвенного влияния конкретного триггера или инцидента, проводится дифференциальная диагностика с расстройством адаптации, протекающим с нарушениями поведения. Симптомы поведенческих расстройств в данном случае не носят повторяющийся

и постоянный характер, и не приводят к каким-либо нарушениям в социальной, академической или профессиональной сферах [114; 115].

Нормативное оппозиционное поведение как вариант развития

В некоторых случаях бывает трудно четко разграничить нормативное оппозиционное поведение, соответствующее возрасту, наблюдающееся в рамках варианта развития. Подобное поведение не несет в себе клинически значимых симптомов, в отличие от вызывающего оппозиционного расстройства поведения (ODD). Также, в рамках *нормативных оппозиционных* поведенческих реакций как правило не наблюдается разрушительных действий [116; 117].

Интермиттирующее эксплозивное расстройство (IED)

Внезапные выраженные вспышки гнева, сочетающиеся с физической или вербальной агрессией, направленной к другим людям-составляют стержневую особенность IED. Чаще всего, это т.н. «реактивная агрессия», наблюдаемая при ПТСР, что находит свое отражение в вербализации гнева. По мере редукции симптомов ПТСР, отмеченные выше нарушения, постепенно нивелируются. В большинстве случаев, отдельного медицинского вмешательства не требуется [118–120].

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, довольно распространенная патология, среди подростков мужского пола, страдающих от ODD/CD [121]. Недавно проведенные исследования демонстрируют, что расстройства поведения, возникающие в возрасте до 18 лет, оппозиционно-вызывающее расстройство поведения и СДВГ повышают риск злоупотребления различными ПАВ среди детей старшего возраста и подростков [20; 122–124]. Практически любые поведенческие нарушения, включающие ODD/CD, тесно связаны с высоким риском развития расстройств, связанных с употреблением алкоголя [125; 126]. Склонность к насильственным действиям сексуального характера, как одному из критериев расстройства поведения, подчеркивает важность тесной связи между психиатрической коморбидностью и преступлениями на сексуальной почве среди несовершеннолетних [127]. На современном этапе хорошо

изучена связь между ODD/CD, и формированием антисоциального расстройства личности [122]. В рамках DSM-5 особо подчеркивается важность основных характеристик ODD/CD, таких как отсутствие эмпатии, чувства вины, и сглаженности аффекта, что довольно часто наблюдается в рамках антисоциального расстройства личности [128]. Примерно у 40% детей и подростков, у которых диагностировались ODD/CD, после 18 лет, соответствуют диагностическим критериям антисоциального расстройства личности [129]. Многими авторами особо отмечено, что «постоянство симптомов» ODD/CD, вплоть до формирования антисоциального расстройства личности, может существенно недооцениваться [130–133]. Категоризация психических расстройств в детском и подростковом возрасте, особенно таких, как расстройства поведения, содержит в себе две основные проблемы: гипо- и гипердиагностика. Как отмечалось ранее, существует высокая коморбидность между ODD и CD. На сегодняшний день не утихают споры в профессиональном сообществе, являются ли данные поведенческие нарушения двумя отдельными расстройствами? Или вызывающее оппозиционное расстройство поведения всего лишь частный вариант поведенческих нарушений, возникающих в возрасте до 18 лет? На практике, категоризация определенных типов поведенческих нарушений на CD или ODD часто становится трудной задачей при сходной клинической картине [134–136]. С другой стороны, при использовании дименсионального подхода к классификации очень легко «бегать по диагнозам», отталкиваясь от степени тяжести клинических симптомов, по длиннику заболевания [137]. Согласно текущему категориальному подходу к диагностике, подростку, который ворует вещи у членов своей семьи, в порыве гнева пробивает дыры в стенах и мебели, поздно возвращается домой, несмотря на запреты родителей – в качестве диагноза будет вынесено «расстройство поведения, возникающее в возрасте до 18 лет». Аналогичный диагноз будет выставлен подростку, который жестоко избивает ровесников, пытается применять холодное оружие или что-то его заменяющее, например, велосипедную спицу или велосипедную цепь, уничтожает свое и чужое имущество, совершает насильственные действия

сексуального характера в отношении детей, и т. д. Разница заключается в степени тяжести поведенческих нарушений и в конечном прогнозе [138]. Но как это отражается на формулировке диагноза? На современном этапе практически никак, если не брать во внимание сопутствующие диагнозы. Подобный подход на наш взгляд в корне неверен и нуждается в пересмотре. Согласно данным многочисленных исследований, клинические диагнозы, основанные прежде всего на анализе клинических симптомов и данных психометрических шкал, являются более диагностически достоверными, чем те, которые установлены согласно категориальному походу [139–143]. К «первичной» диагностике прежде всего относится психиатрическое интервью, включающее сбор детального анамнеза, наряду с физикальным обследованием пациента. На данном этапе необходимо получить информацию как от самого пациента, так и от членов его семьи или других лиц, пытающихся ему помочь. Физикальное обследование, в первую очередь, должно быть направлено на выявление любых признаков травм или насильственных действий. Чем больше информации будет получено из различных источников (семья, школа, друзья, родственники), тем легче будет установить точный диагноз [51]. Основные проблемы, связанные с первоначальной оценкой полученной информации, сводятся в основном к ее анализу, который должен строиться по принципу подхода «целая жизнь» (тщательный анализ всей жизни пациента). Следует принимать во внимание, что родные, и близкие пациента, могут испытывать стыд и смущение, отвечая на некоторые вопросы. Поэтому формулировка вопросов должна предельно корректной и тактичной [144–146]. Тип поведенческих нарушений, степень их выраженности, длительность расстройств поведения, должны быть максимально точно и тщательно описаны. Необходимо учитывать информацию о поведении дома, в школе или иных ситуациях. Не следует полностью опираться на информацию, полученную только от пациента. Достоверность таких данных, как правило, очень низкая. В условиях амбулаторного приема, когда в кабинете врача как правило присутствует вся семья или опекуны, важно получить информацию от каждого [147]. Создание непринужденной

обстановки, устранение чувства вины и стыда, с помощью несложных методик рациональной психотерапии должно облегчить сбор информации и установление доверительных отношений. Нередко члены семьи пациента при первой встрече хотят рассказать максимально много, включая в рассказ свои гипотезы и оценочные суждения. Это может служить определенной проблемой, если беседа проводится в присутствии пациента. Поэтому рекомендуется первую встречу проводить совместно и придать ей ознакомительный характер. После получения предварительной информации, последующие встречи рекомендуется проводить в формате отдельных интервью с пациентом и его родными [148].

Особенности индивидуального интервью с пациентом

а) оценка событий, собственного поведения, поступков, должны быть записаны и документированы максимально близко к словам пациента, лучше использовать прямое цитирование;

б) в ходе интервью необходимо оценить особенности развития пациента, его когнитивные функции, наличие / отсутствие сопутствующих психических расстройств;

с) следует внимательно отнестись к любым словам пациента, указывающим на домашнее насилие;

д) взаимоотношения с братьями, сестрами, сверстниками, взрослыми членами семьи или пожилыми родственниками должны быть подробно изучены и задокументированы;

е) вопросы касающиеся злоупотребления / употребления различных психоактивных веществ, особенно в беседе с подростками, являются важной частью интервью;

ф) принадлежность к той, или иной субкультуре, группировке, должны быть особо отмечены во время интервью;

г) беседуя с подростком, важно понять, кто из членов семьи или друзей, является для него «доверенным лицом». В дальнейшем следует более детально поговорить с этим человеком [85; 149].

Особенности интервью с членами семьи и использования информации из школы

а) семьи, которые обращаются за помощью к психиатру, совместно с пациентом, находятся в стрессовой ситуации, и как правило, остаются в ней гораздо дольше, чем сам пациент. Интервью желательно проводить в отдельном кабинете, в спокойной и приятной обстановке, после объяснения цели интервью и предварительной его продолжительности;

б) информация, полученная от каждого члена семьи пациента, должна отражать подробное описание развития поведенческих нарушений у ребенка или подростка;

с) в тех случаях, когда у пациента не наблюдалось в состоянии каких-либо клинических симптомов нарушенного поведения в течение последних 6 месяцев, за исключением событий предшествующих обращению к врачу, подробное документирование имевших место поведенческих расстройств все равно необходимо;

д) необходимо тщательно изучить и проанализировать семейный анамнез, включающий в себя стиль взаимоотношений между родителями, родственниками, стиль воспитания, применяемый к пациенту, данные об употреблении / злоупотреблении / зависимости различными ПАВ, возможное криминальное прошлое родителей или ближайших родственников;

е) семейный анамнез должен включать в себя сведения о любых психических заболеваниях среди родственников, тяжелых соматических заболеваниях, выявлении эпизодов жестокого обращения с пациентом, как со стороны членов семьи, так и со стороны ближайших родственников;

ф) важной частью семейного анамнеза является изучение любых семейных конфликтов и разногласий, длительных семейных споров, обстановки борьбы за лидерство в семье;

г) необходимо учитывать культивирование определенных семейных ценностей, динамику взаимоотношений между членами семьи, социо-культуральные представления, бытующие в семье;

h) для комплексной оценки имеющихся поведенческих расстройств необходима информация о поведении подростка в школе, нарушениях установленных школьных правил; анализ успеваемости в школе или иных проблем, связанных с обучением [150–152].

Оценочные шкалы и структурированное диагностическое интервью

Несмотря на длительное изучение расстройств поведения, возникающих в возрасте до 18 лет, и вызывающего оппозиционного расстройства поведения, в настоящее время во всем мире применяется всего лишь несколько оценочных шкал, направленных на оценку степени агрессии и антисоциального поведения у детей и подростков. *Шкала оценки открытой агрессии*, направлена на измерение и оценку четырех основных типов агрессии, которые наиболее часто наблюдаются в клинической практике: *вербальная агрессия, агрессия против себя самого, агрессия, направленная на окружающую обстановку, и агрессия против других людей*. Три из перечисленных типов агрессивного поведения включены в диагностические критерии поведенческих расстройств у детей и подростков в DSM-5 [56; 153]. Данная оценочная шкала является очень ценным диагностическим инструментом, направленным на оценку специфических нарушений поведения [154]. Другим интересным психометрическим инструментом является шкала скрининга антисоциальных нарушений (ASPD) [155]. Особое внимание в ней уделено оценке черт импульсивности, нарушениям эмпатии, и эмоциональной холодности, наряду с нарциссическими чертами личности [156]. В рамках данной шкалы, оценивается информация, полученная от учителей и родителей подростков с целью более тщательной оценки антисоциальных поведенческих нарушений [157]. При адаптации (локализации) оценочных шкал, необходимо принимать во внимание культуральные различия и общепринятые нормы поведения в обществе тех стран, где локализуется (адаптируется) та или иная шкала. Например, широко распространенный детский поведенческий опросник Ахенбаха (Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL)), был переведен, и адаптирован с некоторыми изменениями и широко применяется в Индии и Вьетнаме [158–160].

Данные нейровизуализации.

Дети и подростки с расстройствами поведения при выполнении MRI/fMRI исследования демонстрируют большие различия в структурных и функциональных аспектах различных областей головного мозга, ответственных за обработку поступающей извне информации, ее распознавание и социальную реализацию [161–163]. Согласно результатам многочисленных исследований, у детей и подростков с клиникой поведенческих нарушений отмечается снижение содержания серого вещества в островковой доле (инсула), миндалине (амигдала), фронтальных и височных отделах головного мозга [164–169]. Обнаружены убедительные доказательства специфичности структурных изменений, наблюдаемых при расстройстве поведения, возникающем в возрасте до 18 лет и вызывающем оппозиционном расстройстве [170; 171]. Ниже мы приводим наиболее часто наблюдаемые при нейровизуализации изменения (структурные, и функциональные) в головном мозге, детей и подростков с поведенческими нарушениями [172]:

1. Структурные изменения:

- 1) билатеральное уменьшение размера амигдалы (более выраженные в левой части);
- 2) билатеральное уменьшение размеров островковой доли;
- 3) уменьшение размеров левой лобной извилины;
- 4) уменьшение размеров серого вещества полосатого тела (скорлупа и бледный шар);
- 5) уменьшение толщины коры в области верхней височной борозды;
- 6) снижение индекса гирификации в вентромедиальной области лобной коры.

2. Функциональные изменения:

- 1) снижение активности в области правого стриатума, левой части амигдалы, правой части островковой доли, передней поясной извилине, левой медиальной и верхней лобной извилине;
- 2) снижение активности в правой боковой, медиальной части, фронтальной коры;

3) отрицательная корреляция между степенью активностью амигдалы и степенью выраженности симптомов ODD/CD;

4) нарушения в области предклинья (участке медиальной поверхности полушария большого мозга).

Лабораторные методы исследования

На сегодняшний день не существует специальных лабораторных тестов, или специфических биомаркеров, которые можно было бы прицельно использовать с целью диагностики или с целью прогнозирования ответа на лечение, а также в качестве прогностических инструментов у детей и подростков с расстройствами поведения [173]. «Базовые» лабораторные тесты, включающие общий анализ крови, «метаболическую панель», исследования функций печени, общий анализ мочи, давно уже являются стандартными инструментами перед началом лечения психотропными препаратами. Особенно актуальными лабораторные данные являются при наличии сопутствующих заболеваний и при мониторинге метаболических нарушений, возможных в процессе терапии [174]. Родители пациентов часто интересуются уровнем тестостерона у своих детей. Известно, что тестостерон может быть ответственен за развитие агрессивности у подростков. Однако проведенные клинические исследования, направленные на оценку его роли в формировании агрессивного поведения, в основном носят спорный и дискуссионный характер [175–177].

Подходы к лечению

В современных условиях существуют несколько методов терапевтической интервенции при расстройствах поведения в детском и подростковом возрасте. Условно, существующие методики терапевтического вмешательства можно разделить на две большие группы: медикаментозные и немедикаментозные (психотерапевтические/психологические) методы терапии. Эффективность данных методик, напрямую зависит от способов их реализации [39; 85]. Прежде чем более подробно остановиться на основных методиках, необходимо рассмотреть общие

подходы к терапевтическому вмешательству при расстройствах поведения в детском и подростковом возрасте.

Общие принципы терапевтического вмешательства:

1) как указывалось ранее, семьи детей и подростков с поведенческими расстройствами, обратившиеся за помощью к психиатру, находятся в состоянии стресса, и продолжают в нем оставаться в процессе терапии. Разработка оптимального плана терапевтического вмешательства помогает облегчить это состояние. Предотвращение развития чувства вины и стыда как у пациента, так и его близких, является одной из важнейших первоначальных задач. Данные меры помогают быстрому установлению контакта как с самим пациентом, так и с его семьей, что в дальнейшем станет прочной основой для эффективной психотерапевтической помощи [178];

2) тщательная оценка безопасности терапевтического вмешательства и рисков при его проведении должна быть строго документированной. Подростки с наибольшим удельным весом эмоциональных нарушений (дефицит просоциальных эмоций) должны более тщательно контролироваться в процессе терапии [178];

3) представляется целесообразным определить «сильные» и «слабые» стороны личности пациента, с целью поощрения его участия в различных психотерапевтических программах [179];

4) на ранних этапах терапевтического вмешательства, следует отдавать приоритет психотерапевтическим методикам (семейная терапия, когнитивно-поведенческая терапия). Медикаментозная терапия, в качестве первоочередных мер, должна рассматриваться лишь при выраженных формах поведенческих нарушений [144];

5) терапию сопутствующих заболеваний следует рассматривать в качестве «первой линии», особенно при коморбидных расстройствах в виде СДВГ, биполярного расстройства или нарушений импульсного контроля (РИК). Адекватная терапия данных расстройств может помочь в создании основы для дальнейшего терапевтического вмешательства [180];

б) минимизация стационарной госпитализации или помещения в реабилитационный центр закрытого типа может помочь в сохранении непрерывности терапии. Госпитализацию в стационар следует избегать, если в этом нет необходимости, и если нет уверенности, что данный шаг является безопасным решением [181];

7) терапевтическое вмешательство должно быть основано на существующих стандартах оказания медицинской помощи и рекомендациях, разработанных мировым профессиональным сообществом (Американской академией детской и подростковой психиатрии (AACAP), Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства Великобритании (NICE), рекомендациям по исследованию эффективности фармакологических препаратов).

Медикаментозная терапия

Основными целями любой медикаментозной терапии, направленной на лечение поведенческих расстройств, является: 1) лечение коморбидных заболеваний; 2) обеспечение контроля над агрессией, и импульсивностью; 3) обеспечение безопасности самого пациента и членов его семьи [177]. Многочисленные обзоры и мета-анализы большинства клинических испытаний не рекомендуют использование медикаментозного вмешательства для «рутинной терапии» пациентов с вызывающим оппозиционным расстройством, или расстройством поведения возникающем в возрасте до 18 лет [19; 182–186]. Различные исследования длительной эффективности медикаментозного лечения демонстрируют в целом положительные эффекты от нескольких классов психотропных средств. При этом, не существует «специальных препаратов», одобренных для лечения расстройств поведения. В различных странах мира, существуют огромные различия в выборе медикаментозной терапии, демонстрирующие «степень приверженности» тех или иных национальных школ к медикаментозной терапии поведенческих расстройств, принятой в этих странах [178]. Полное описание отдельных лекарственных препаратов выходит за рамки настоящего обзора, мы рекомендуем читателям обратиться к современным научно-обоснованным руководствам по психофармакологии детского и подросткового возраста. Сводные данные по

основным группам лекарственных средств, применяемых для терапии поведенческих нарушений в детском и подростковом возрасте, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для терапии поведенческих нарушений в детском и подростковом возрасте

<i>Класс препаратов</i>	<i>Препарат</i>	<i>Доза</i>
Стабилизаторы настроения	Литий	600–1200 мг/сут
	Вальпроевая кислота	250–1500мг/сут
	Карбамазепин	200–1000 мг/сут
Антипсихотики	Рisperидон	0,5–3 мг/сут
	Кветиапин	200–600 мг/сут
	Арипипразол	2–10 мг/сут
	Оланзапин	5–20 мг/сут
Психостимуляторы	Метилфенидат /не зарегистрирован в РФ/	5–60 мг/сут
	Декстроамфетамин /не зарегистрирован в РФ/	5–60 мг/сут
Агонисты альфа 2 адренорецепторов	Клонидин	0,1–0,15 мг/сут

*Психотерапевтические/психологические методы
терапевтической интервенции*

Психотерапевтические методы терапевтического вмешательства, в настоящее время служат *основным способом лечения* детей и подростков, страдающих поведенческими расстройствами. Накоплено достаточно данных, подтверждающих эффективность использования данных подходов для успешного решения поведенческих проблем, как на индивидуальном, так и семейном уровнях [187–192]. Основные методики психотерапевтической интервенции при ODD/CD, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Основные психотерапевтические методики, применяемые для терапии вызывающего оппозиционного расстройства поведения / расстройств поведения, возникающих в возрасте до 18 лет

Вид терапии	Название методики
Индивидуальная терапия	Обучение навыкам решения проблем (PSST)
	Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)
	Инсайт-ориентированная терапия

Семейная терапия	Обучение родителей взаимодействию с пациентом (PMT)
	Обучение индивидуальному взаимодействию каждого из родителей с пациентом
	Функциональная семейная терапия (FFT)
	Краткосрочная стратегическая семейная терапия
	Мультисистемная терапия (MST)
	Мультидименсиональная воспитательная терапия (MTFC)
	Группы психологической поддержки для семьи

Заключение

Дети и подростки с диагнозом ODD/CD заслуживают серьезного внимания: без применения адекватных терапевтических мер перспективы взрослой жизни для многих из них будут носить негативный характер. В настоящее время накоплено достаточно данных об этиологии данных расстройств и разработаны эффективные методы лечения. Однако во многих странах детям и подросткам с данной патологией уделяется мало внимания, как со стороны социальных служб, так и со стороны профессионального сообщества. К сожалению, наша страна не является в этом ряду исключением. В большинстве случаев дети попадают в поле зрения врачей, лишь при наличии сопутствующей патологии (СДВГ, аффективные нарушения). Необходимы дальнейшие исследования в области изучения патогенеза поведенческих нарушений в детском и подростковом возрасте, с целью оптимизации оказания специализированной помощи.

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Финансирование: исследование осуществлялось при финансовой поддержке медицинского центра «Юг-Клиника», г. Ростов-на-Дону.

Благодарности: авторы выражают благодарность директору медицинского центра «Юг-Клиника», г. Ростов-на-Дону, С.С. Ковалеву, за финансовую поддержку исследования.

Список литературы

1. Doran C. M., Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness // Australian Health Review. – 2019. – Vol. 43. – №1. – P. 43–48.

2. Vilhena K., Paula C. S. Conduct disorder: prevalence, risk/protective factors and impact in the life school and adulthood // *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. – 2017. – Vol. 17. – №1. – P. 39–52.
3. Christenson J. D. et al. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature // *Journal of Child and Family Studies*. – 2016. – Vol. 25. – №9. – P. 2649–2658.
4. Fatori D. et al. The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders // *Journal of Mental Health*. – 2018. – Vol. 27. – №6. – P. 588–594.
5. Maughs S. A concept of psychopathy and psychopathic personality: its evolution and historical development // *Journal of Criminal Psychopathology*. – 1941.
6. Green J., Sciberras E., Enticott P. G. Conduct disorder and oppositional defiant disorder // *Developmental Disorders of the Brain*. – 2016. – P. 139–155.
7. Lindblad F. et al. Comorbidity and behavior characteristics of Russian male juvenile delinquents with ADHD and conduct disorder // *Journal of attention disorders*. – 2020. – Vol. 24. – №7. – P. 1070–1077.
8. Fanti K. A. Understanding heterogeneity in conduct disorder: A review of psychophysiological studies // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2018. – Vol. 91. – P. 4–20.
9. Pisciotta A. W. Treatment on trial: The rhetoric and reality of the New York House of Refuge, 1857–1935 // *The American Journal of Legal History*. – 1985. – Vol. 29. – №2. – P. 151–181.
10. Madison J. Coercion, if coercion be necessary: the educational function of the New York House of Refuge, 1824–1874 // *American Educational History Journal*. – 2012. – Vol. 39. – №1/2. – P. 401.
11. Koocher G. P., Kinscherff R. T. Ethical issues in psychology and juvenile justice. – 2016.
12. Gungea M., Jaunky V. C., Ramesh V. Personality traits and juvenile delinquency // *International Journal of Conceptions on Management and Social Sciences*. – 2017. – Vol. 5. – №1. – P. 42–46.

13. Semerci B. et al. Understanding the associations between psychosocial factors and severity of crime in juvenile delinquency: a cross-sectional study. – 2017.
14. Thompson K. C., Morris R. J. Juvenile delinquency and disability // *Juvenile Delinquency and Disability*. – Springer, Cham, 2016. – P. 31–39.
15. Shoemaker D. J. Juvenile delinquency. – Rowman & Littlefield, 2017.
16. Hoffmann J. P., Dufur M. J. Family social capital, family social bonds, and juvenile delinquency // *American Behavioral Scientist*. – 2018. – Vol. 62. – №11. – P. 1525–1544.
17. Kimonis E. R., Fleming G. E. Disruptive and Conduct Disorders // *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2018. – P. 412.
18. Burke J. D., Romano-Verthelyi A. M. Oppositional defiant disorder // *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders*. – Academic Press, 2018. – P. 21–52.
19. Calles Jr J. L. A review of oppositional defiant and conduct disorders // *Journal of Alternative Medicine Research*. – 2016. – Vol. 8. – №4. – P. 371.
20. McKenzie V., Allen K. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders // *Abnormal Psychology in Context: The Australian and New Zealand Handbook*. – 2017. – P. 216.
21. Hayden B. M., Patterson B. R. Oppositional Defiant Disorder (ODD) // *Principle-Based Stepped Care and Brief Psychotherapy for Integrated Care Settings*. – Springer, Cham, 2018. – P. 289–302.
22. Baker K. Conduct disorders in children and adolescents // *Paediatrics and Child Health*. – 2016. – Vol. 26. – №12. – P. 534–539.
23. Katsuki D. et al. Clinical Subtypes in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder According to Their Child Behavior Checklist Profile // *Child Psychiatry & Human Development*. – 2020. – P. 1–9.
24. Thériault M. C. G. et al. Oppositional behavior and longitudinal predictions of early adulthood mental health problems in chronic tic disorders // *Psychiatry research*. – 2018. – Vol. 266. – P. 301–308.

25. McFarland P., Sanders J., Hagen B. Clinicians' Perspectives on the Diagnosis of Antisocial Disorders in Adolescence // *Child and Adolescent Social Work Journal*. – 2018. – Vol. 35. – №1. – P. 21–30.
26. Heinrichs N. et al. Disruptive behaviors across different disorders: evaluation of a clinical sample using the Eyberg Child Behavior Inventory // *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. – 2018.
27. Garcia B. Confirmatory Factor Analysis of Oppositional Defiant Disorder within Clinically Referred Youth. – 2018.
28. James S. C., Farrell L. J., Zimmer-Gembeck M. J. Description and prevalence of OCD in children and adolescents // *The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorders*. – 2017. – Vol. 1. – P. 5–23.
29. Metcalf E. B. ADHD and the Disruptive Behavior Disorders // *The Medical Basis of Psychiatry*. – Springer, New York, NY, 2016. – P. 333–369.
30. Marzuki A. A. et al. Are candidate neurocognitive endophenotypes of OCD present in pediatric patients? A systematic review // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2020. – Vol. 108. – P. 617–645.
31. Turner K. A. Emotion Regulation Treatment of Disruptive Behavior: A Preliminary Investigation. – Virginia Tech, 2017.
32. Steiner H. et al. Disruptive Behavior: Development, Psychopathology, Crime, & Treatment. – Oxford University Press, 2017.
33. Walker T. M., Frick P. J., McMahon R. J. Conduct and Oppositional Disorders // *Assessment of Disorders in Childhood and Adolescence*. – 2020. – P. 132.
34. McDonough-Caplan H. M., Beauchaine T. P. Conduct disorder: A neurodevelopmental perspective // *Developmental pathways to disruptive, impulse-control and conduct disorders*. – Academic Press, 2018. – P. 53–89.
35. Ghosh A., Ray A., Basu A. Oppositional defiant disorder: current insight // *Psychology research and behavior management*. – 2017.

36. Theule J. et al. Conduct disorder/oppositional defiant disorder and attachment: A meta-analysis // *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*. – 2016. – Vol. 2. – №2. – P. 232–255.
37. Fisher A. R., Sexton T. L. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. – 2017.
38. Thapar A., van Goozen S. Conduct disorder in ADHD // *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder*. – 2018. – P. 193–199.
39. Vanzin L., Mauri V. Understanding Conduct Disorder and Oppositional-Defiant Disorder: A guide to symptoms, management and treatment. – Routledge, 2019.
40. Wiggins J. L. et al. Don't Miss the Boat: Towards a Developmental Nosology for Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Early Childhood // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2020.
41. Laporte P. P. et al. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2020.
42. Bruno A. et al. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature // *Psychiatry research*. – 2019. – Vol. 279. – P. 323–330.
43. Riley M., Ahmed S., Locke A. Common questions about oppositional defiant disorder // *American family physician*. – 2016. – Vol. 93. – №7. – P. 586–591.
44. Ogundele M. O. Behavioural and emotional disorders in childhood: a brief overview for paediatricians // *World journal of clinical pediatrics*. – 2018. – Vol. 7. – №1. – P. 9.
45. Herzhoff K. et al. Child personality accounts for oppositional defiant disorder comorbidity patterns // *Journal of abnormal child psychology*. – 2017. – Vol. 45. – №2. – P. 327–335.
46. Thompson K. C. et al. Oppositional Defiant Disorder // *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*. – Springer, Cham, 2017. – P. 483–497.

47. Husby S. M., Wichstrøm L. Interrelation ships and continuities in symptoms of oppositional defiant and conduct disorders from age 4 to 10 in the community // Journal of abnormal child psychology. – 2017. – Vol. 45. – №5. – P. 947–958.

48. Cía A. H. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2018. – Vol. 53. – №4. – P. 341–350.

49. Goertz-Dorten A. et al. Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled trial with an active control group // European child & adolescent psychiatry. – 2019. – Vol. 28. – №2. – P. 165–175.

50. Ayano G. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Disruptive Behavioral Disorders in the Offspring of Parents with Severe Psychiatric Disorders // Child Psychiatry and Human Development. – 2020.

51. Fairchild G. et al. Conduct disorder // Nature Reviews Disease Primers. – 2019. – Vol. 5. – №1. – P. 1–25.

52. Yang L. H., Benson J. The role of culture in population mental health: Prevalence of mental disorders among Asian and Asian American populations // The Oxford Handbook of Cultural Neuroscience. – 2016. – P. 339.

53. Campion J. Public mental health: Key challenge sand opportunities // BJ Psych international. – 2018. – Vol. 15. – №3. – P. 51–54.

54. Utržan D. S. et al. The role of deviant peers in oppositional defiant disorder and conduct disorder // The Wiley handbook of disruptive and impulse-control disorders. – 2018. – P. 339.

55. Palines P. A. et al. Comparing mental health disorders among sex trafficked children and three groups of youth at high-risk for trafficking: a dual retrospective cohort and scoping review // Child Abuse & Neglect. – 2020. – Vol. 100. – P. 104–196.

56. Muratori P. et al. Is emotional dysregulation a risk indicator for auto-aggression behaviors in adolescents with oppositional defiant disorder? // Journal of affective disorders. – 2017. – Vol. 208. – P. 110–112.

57. Szentiványi D. et al. Quality of life of adolescents with conduct disorder: gender differences and comorbidity with oppositional defiant disorder // *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata.* – 2019. – Vol. 34. – №3. – P. 280–286.
58. Demmer D. H. et al. Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis // *Journal of abnormal child psychology.* – 2017. – Vol. 45. – №2. – P. 313–325.
59. Stearns M., McKinney C. Perceived parental anxiety and depressive problems and emerging adult oppositional defiant problems: moderated mediation by psychological and physical maltreatment and gender // *Family Process.* – 2020. – Vol. 59. – №2. – P. 651–665.
60. Mohammadi M. R. et al. Lifetime prevalence, sociodemographic predictors, and comorbidities of oppositional defiant disorder: The National Epidemiology of Iranian Child and Adolescent Psychiatric disorders (IRCAP) // *Brazilian Journal of Psychiatry.* – 2020. – Vol. 42. – №2. – P. 162–167.
61. Mitchison G. M., Njardvik U. Prevalence and gender differences of ODD, anxiety, and depression in a sample of children with ADHD // *Journal of attention disorders.* – 2019. – Vol. 23. – №11. – P. 1339–1345.
62. Frick P. J., Matlasz T. M. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders // *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders.* – Academic Press, 2018. – P. 3–20.
63. Thornton L. C., Frick P. J. Aggression and Conduct Disorders// *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Assessment.* – Springer, Cham, 2018. – P. 245–261.
64. Noordermeer S. D. S. et al. Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder // *European child & adolescent psychiatry.* – 2017. – Vol. 26. – №10. – P. 1155–1164.
65. Robins L. N. Deviant children grown up, a sociological and psychiatric study of sociopathic personality. – 1966.

66. Pardini D. A. et al. Unique dispositional precursors to early-onset conduct problems and criminal offending in adulthood // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2018. – Vol. 57. – №8. – P. 583–592.
67. Déry M. et al. Predicting depression and anxiety from oppositional defiant disorder symptoms in elementary school-age girls and boys with conduct problems // *Child Psychiatry & Human Development*. – 2017. – Vol. 48. – №1. – P. 53–62.
68. Schoorl J. et al. Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study // *European child & adolescent psychiatry*. – 2017. – Vol. 26. – №7. – P. 805–813.
69. Ramos-Olazagasti M. A. et al. Predicting the adult functional outcomes of boys with ADHD 33 years later // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2018. – Vol. 57. – №8. – P. 571–582.
70. Lavigne J. V. et al. Age 4 predictors of Oppositional Defiant Disorder in early grammar school // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2019. – Vol. 48. – №1. – P. 93–107.
71. Waddell C. et al. Fifty years of preventing and treating childhood behaviour disorders: a systematic review to inform policy and practice // *Evidence-based mental health*. – 2018. – Vol. 21. – №2. – P. 45–52.
72. Scott S. Oppositional and conduct disorders // *Rutter's child and adolescent psychiatry*. – 2015. – Vol. 6. – P. 966–980.
73. Fergusson D. M., John Horwood L., Ridder E. M. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2005. – Vol. 46. – №8. – P. 837–849.
74. Roetman P. J. et al. Children with early-onset disruptive behavior: parental mental disorders predict poor psychosocial functioning in adolescence // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2019. – Vol. 58. – №8. – P. 806–817.

75. Zohsel K. et al. Predicting later problematic cannabis use from psychopathological symptoms during childhood and adolescence: Results of a 25-year longitudinal study // *Drug and alcohol dependence*. – 2016. – Vol. 163. – P. 251–255.
76. Kassing F. et al. Using early childhood behavior problems to predict adult convictions // *Journal of abnormal child psychology*. – 2019. – Vol. 47. – №5. – P. 765–778.
77. Aebi M. et al. Oppositional defiant disorder dimensions and subtypes among detained male adolescent offenders // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2016. – Vol. 57. – №6. – P. 729–736.
78. Boekamp J. R. et al. Predictors of partial hospital readmission for young children with oppositional defiant disorder // *Child Psychiatry & Human Development*. – 2018. – Vol. 49. – №4. – P. 505–511.
79. Ezpeleta L. et al. First incidence, age of onset outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant disorder: a cohort study of Spanish children from ages 3 to 9 // *BMJ open*. – 2019. – Vol. 9. – №3. – P. e022493.
80. Greenfield B. L. et al. Conduct disorder and alcohol use disorder trajectories, predictors, and outcomes for indigenous youth // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 56. – №2. – P. 133–139.
81. Aitken M. et al. Effect of comorbid psychopathology and conduct problem severity on response to a multi-component intervention for childhood disruptive behavior // *Child Psychiatry & Human Development*. – 2018. – Vol. 49. – №6. – P. 853–864.
82. Maughan B. et al. Adolescent conduct problems and premature mortality: follow-up to age 65 years in a national birth cohort // *Psychological medicine*. – 2014. – Vol. 44. – №5. – P. 1077–1086.
83. Frick P. J., Myers T. D. Conduct disorder and callous-un emotional traits. – 2018.
84. Bakker M. J. et al. Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems-a systematic review and meta-analysis // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2017. – Vol. 58. – №1. – P. 4–18.

85. Sagar R., Patra B. N., Patil V. Clinical practice guidelines for the management of conduct disorder // *Indian journal of psychiatry*. – 2019. – Vol. 61. – №Suppl 2. – P. 270.
86. McGonigal P. et al. Should childhood conduct disorder be necessary to diagnose antisocial personality disorder in adults? // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2019. – Vol. 31. – №1. – P. 36–44.
87. Sonuga-Barke E. J. S. et al. Annual Research Review: Transdiagnostic neuroscience of child and adolescent mental disorders-differentiating decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, depression, and anxiety // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2016. – Vol. 57. – №3. – P. 321–349.
88. Patra S. Nosology and subtypes of conduct disorder // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2018. – Vol. 60. – №2. – P. 253–254.
89. Freitag C. M. et al. Focused issue on conduct disorder and aggressive behaviour. – 2018.
90. Jusyte A. et al. Risky business! Behavioral bias and motivational salience of rule-violations in children with conduct disorder // *Psychiatry research*. – 2019. – Vol. 271. – P. 740–746.
91. Powell N. P. et al. The coping power program for aggressive behavior in children // *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford, New York. – 2017. – P. 159–176.
92. Kearney C. et al. Reconciling contemporary approaches to school attendance and school absenteeism: toward promotion and nimble response, global policy review and implementation, and future adaptability (Part 2) // *Frontiers in Psychology*. – 2019. – Vol. 10. – P. 2605.
93. Morewitz S. J. Running Away from Substitute Care // *Run away and Homeless Youth*. – Springer, Cham, 2016. – P. 17–26.
94. Pumariega A. J., Sharma N. *Suicide Among Diverse Youth*. – Springer, 2018.

95. Pisano S. et al. Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits // *Italian journal of pediatrics*. – 2017. – Vol. 43. – №1. – P. 1–11.
96. Zimmerman M., Morgan T. A., Stanton K. The severity of psychiatric disorders // *World Psychiatry*. – 2018. – Vol. 17. – №3. – P. 258–275.
97. Fatséas M. et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients with addictions // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 246. – P. 656–662.
98. Benarous X. et al. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association // *European child & adolescent psychiatry*. – 2019. – Vol. 28. – №5. – P. 667–683.
99. Jiang X. et al. Response inhibition and emotional responding in attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid disruptive, impulse-control, and conduct disorders // *Nan fang yi ke da xue bao= Journal of Southern Medical University*. – 2019. – Vol. 39. – №1. – P. 30–34.
100. Ueda M. Developmental risk factors of juvenile sex offenders by victim age: An implication for specialized treatment programs // *Aggression and violent behavior*. – 2017. – Vol. 37. – P. 122–128.
101. Zakiniaez Y. et al. Focus: Sex and gender health: Balance of the sexes: Addressing sex differences in preclinical research // *The Yale journal of biology and medicine*. – 2016. – Vol. 89. – №2. – P. 255.
102. Brogan K. M. et al. Using arousal suppression exercises to decrease inappropriate sexual arousal in detained adolescent males: Three clinical demonstrations // *Behavior Analysis in Practice*. – 2020. – P. 1–12.
103. Wozniak J. et al. Comorbidity of bipolar I disorder and conduct disorder: a familial risk analysis // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2019. – Vol. 139. – №4. – P. 361–368.
104. Tzang R. F. et al. Increased risk of developing psychiatric disorders in children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) receiving sensory

integration therapy: a population-based cohort study // European child & adolescent psychiatry. – 2019. – Vol. 28. – №2. – P. 247–255.

105. González S. M. B. et al. Behavioral disorders in emergencies. Differential diagnosis and treatment // European Psychiatry. – 2017. – Vol. 41. – №S1. – P. S465–S465.

106. Gili M. et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies // Journal of affective disorders. – 2019. – Vol. 245. – P. 152–162.

107. Mroczkowski M. M. et. al. Disruptive mood dysregulation disorder in juvenile justice // J Am Acad Psychiatr Law. – 2018. – Vol. 46. – P. 329–338.

108. Roy A. K., Lopes V., Klein R. G. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A New Diagnostic Approach to Chronic Irritability in Youth // Focus. – 2016. – Vol. 14. – №1. – P. 145–151.

109. Дубатова И. В. Роль импульсивности и расстройств импульсного контроля в формировании аддиктивных расстройств / И.В. Дубатова, А.В. Анцыборов // Интерактивная наука. – 2019. – №6. – С. 68–84.

110. Tapia V., John R. M. Disruptive Mood Dysregulation Disorder // The Journal for Nurse Practitioners. – 2018. – Vol. 14. – №8. – P. 573–578.

111. Thomas S. Disruptive Mood Dysregulation Disorder // Complex Disorders in Pediatric Psychiatry: A Clinician's Guide. – 2018. – P. 189.

112. Lee T. Pediatric bipolar disorder // Pediatric annals. – 2016. – Vol. 45. – №10. – P. e362-e366.

113. Jackson A. H. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders: General systemic properties // DSM-5® and Family Systems. – 2017. – P. 377.

114. Maercker A., Lorenz L. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2018. – Vol. 19. – №sup1. – P. S3-S13.

115. Casey P. R. Adjustment Disorders: From Controversy to Clinical Practice. – Oxford University Press, 2018; O'Donnell M. L. et al. Adjustment disorder: Current

developments and future directions // International journal of environmental research and public health. – 2019. – Vol. 16. – №14. – P. 2537.

116. Cierpka M., Cierpka A. Developmentally Appropriate vs. Persistent Defiant and Aggressive Behavior // Regulatory Disorders in Infants. – Springer, Cham, 2016. – P. 139–160.

117. Hong J. S., Espelage D. L., Kim J. S. Social-Ecological Antecedents of Oppositional-Defiant Behavior in US Schools: Findings from a Nationally Representative Sample of Early Adolescents // Child Indicators Research. – 2018. – Vol. 11. – №1. – P. 307–327.

118. Coccaro E. F., Shima C. K., Lee R. J. Comorbidity of personality disorder with intermittent explosive disorder // Journal of psychiatric research. – 2018. – Vol. 106. – P. 15–21.

119. Radwan K., Coccaro E. F. Comorbidity of disruptive behavior disorders and intermittent explosive disorder // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. – 2020. – Vol. 14. – №1. – P. 1–10.

120. Scott K. M. et al. Intermittent explosive disorder subtypes in the general population: association with comorbidity, impairment and suicidality // Epidemiology and Psychiatric Sciences. – 2020. – Vol. 29.

121. Blair R. J. Modeling the Comorbidity of Cannabis Abuse and Conduct Disorder/Conduct Problems from a Cognitive Neuroscience Perspective // Journal of Dual Diagnosis. – 2020. – Vol. 16. – №1. – P. 3–21.

122. Koelch M. G. et al. Conduct disorder and antisocial personality disorders: challenges for treatment in adolescence and young adulthood // Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. – 2019. – Vol. 87. – №11. – P. 634–637.

123. Kendler K. S. et al. Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in children // Psychological medicine. – 2016. – Vol. 46. – №6. – P. 1301–1309.

124. Анцыборов Л. А., Дубатова И. В. Аддиктивные расстройства у подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Психиатрия-медицина и искусство. – 2019. – С. 12–15.
125. Bares C. B. et al. Exploring how family and neighborhood stressors influence genetic risk for adolescent conduct problems and alcohol use // Journal of youth and adolescence. – 2019. – P. 1–14.
126. Burlaka V. Effects of individual, peer, and family factors on child alcohol abuse in Ukraine // Journal of Child and Family Studies. – 2017. – Vol. 26. – №7. – P. 1780–1789.
127. Olson S. L., Ip K. I. Developmental pathways to aggression and violence // The Wiley Handbook of Violence and Aggression. – 2017. – P. 1–12.
128. Derefinko K. J., Widiger T. A. Antisocial personality disorder // The medical basis of psychiatry. – Springer, New York, NY, 2016. – P. 229–245.
129. Fisher K. A., Hany M. Antisocial Personality Disorder. – 2019; Zincir S. Antisocial personality disorder and comorbidities // Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. – 2019. – Vol. 29. – P. 353–354.
130. Yilmaz O. New development sand approaches in antisocial personality disorder // Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. – 2019. – Vol. 29. – P. 355–356.
131. DeLisi M. et al. Antisocial Personality Disorder with or without antecedent conduct disorder: The differences are psychiatric and paraphilic // Criminal Justice and Behavior. – 2018. – Vol. 45. – №6. – P. 902–917.
132. Olson-Ayala L. A., Patrick C. J. Clinical aspects of antisocial personality disorder and psychopathy. – 2018.
133. Newbury-Helps J., Feigenbaum J., Fonagy P. Offenders with antisocial personality disorder display more impairments in mentalizing // Journal of personality disorders. – 2017. – Vol. 31. – №2. – P. 232–255.
134. Kliem S. et al. Dimensional latent structure of early disruptive behavior disorders: A taxometric analysis in preschoolers // Journal of abnormal child psychology. – 2018. – Vol. 46. – №7. – P. 1385–1394.

135. Strickland C. M. et al. Categorical and dimensional conceptions of personality pathology in DSM-5: Toward a model-based synthesis // *Journal of personality disorders*. – 2019. – Vol. 33. – №2. – P. 185–213.
136. Bornstein R. F., Natoli A. P. Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. – 2019. – Vol. 10. – №6. – P. 479.
137. da Silva D. R., Salekin R. T., Rijo D. Psychopathic severity profiles: A latent profile analysis in youth samples with implications for the diagnosis of conduct disorder // *Journal of criminal justice*. – 2019. – Vol. 60. – P. 74–83.
138. Masi G. et al. Psychiatric evaluation of youths with disruptive behavior disorders and psychopathic traits: a critical review of assessment measures // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2018. – Vol. 91. – P. 21–33.
139. Turner B. J. et al. Personality pathology and intentional self-harm: cross-cutting insights from categorical and dimensional models // *Current opinion in psychology*. – 2018. – Vol. 21. – P. 55–59.
140. Bolhuis K. et al. Disentangling heterogeneity of childhood disruptive behavior problems into dimensions and subgroups // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 56. – №8. – P. 678–686.
141. Cartwright J., Lasser J., Gottlieb M. C. To code or not to code: Some ethical conflicts in diagnosing children // *Practice Innovations*. – 2017. – Vol. 2. – №4. – P. 195.
142. Huprich S. K. Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis // *The British Journal of Psychiatry*. – 2018. – Vol. 213. – №6. – P. 685–689.
143. McCloskey M. S., Drabick D. A. G. Understanding the development and management of antisocial disorders in adolescents // *APA handbook of psychopathology: Child and adolescent psychopathology*, Vol. 2. – American Psychological Association, 2018. – P. 391–415.

144. Murrihy R. C. et al. Evidence-Based Assessment and Intervention for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in School Psychology // Handbook of Australian School Psychology. – Springer, Cham, 2017. – P. 331–347.
145. Kelley S. E. et al. A dimensional comparison of a self-report and a structured interview measure of conduct disorder // Journal of Personality Disorders. – 2016. – Vol. 30. – №2. – P. 232–241.
146. Sadek J. ADHD and Conduct Disorder (CD) // Clinician's Guide to ADHD Comorbidities in Children and Adolescents. – Springer, Cham, 2019. – P. 47–59.
147. Loona M. I., Kamal A. Assessment of Disruptive Behaviour Disorder, Academic Performance, and School Social Behaviour of Children // Foundation University Journal of Psychology. – 2019. – Vol. 3. – №1. – P. 24–55.
148. Frick P. J., Barry C. T., Kamphaus R. W. Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity and Disruptive Behavior Disorders // Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior. – Springer, Cham, 2020. – P. 319–354.
149. Souroulla A. V. et al. Valence, arousal or both? Shared emotional deficits associated with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Oppositional / Defiant-Conduct Disorder symptoms in school-aged youth // Biological psychology. – 2019. – Vol. 140. – P. 131–140.
150. Taubner S., Gablonski T. C., Fonagy P. Conduct disorder // Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. – 2019. – P. 301.
151. Motavalli Pour A. et al. The Relationship between Cognitive-Behavioral Skills and Mother-Child Interaction with Conduct Disorder Symptoms and Oppositional Defiant Disorder in Children with ADHD // Journal of Community Health Research. – 2018. – Vol. 7. – №4. – P. 231–241.
152. Edens J. F., Petrila J., Kelley S. E. Legal and ethical issues in the assessment and treatment of psychopathy. – 2018.
153. Coccaro E. F. The Overt Aggression Scale Modified (OAS-M) for clinical trials targeting impulsive aggression and intermittent explosive disorder: Validity, reliability, and correlates // Journal of psychiatric research. – 2020. – Vol. 124. – P. 50–57.

154. Gras M. E. et al. Scale for the Evaluation of Risk of Aggressiveness in Psychiatric Intensive Care Units // *Actas espanolas de psiquiatria*. – 2020. – Vol. 48. – №1. – P. 8–18.
155. Poore H. E. et al. Construct validity of youth psychopathic traits as assessed by the Antisocial Process Screening Device // *Psychological assessment*. – 2020. – Vol. 32. – №6. – P. 527.
156. Kyranides M. N. et al. Triarchic dimensions of psychopathy in young adulthood: Associations with clinical and physiological measures after accounting for adolescent psychopathic traits // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. – 2017. – Vol. 8. – №2. – P. 140.
157. Marcus R. F. Psychopathy in adolescence // *The development of aggression and violence in adolescence*. – Palgrave Macmillan, New York, 2017. – P. 141–170.
158. Kaat A. J. et al. Linking the Child Behavior Checklist (CBCL) with the Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior (MAP-DB): Advancing a dimensional spectrum approach to disruptive behavior // *Journal of child and family studies*. – 2019. – Vol. 28. – №2. – P. 343–353.
159. Dang H. M., Nguyen H., Weiss B. Incremental validity of the child behavior checklist (CBCL) and the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in Vietnam // *Asian journal of psychiatry*. – 2017. – Vol. 29. – P. 96–100.
160. Mishra O. P. et al. Behavioral problems in Indian children with epilepsy // *Indian pediatrics*. – 2017. – Vol. 54. – №2. – P. 116–120.
161. Noordermeer S. D. S., Luman M., Oosterlaan J. A systematic review and meta-analysis of neuroimaging in oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) taking attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) into account // *Neuropsychology review*. – 2016. – Vol. 26. – №1. – P. 44–72.
162. Budhiraja M. et al. Cortical structure abnormalities in females with conduct disorder prior to age 15 // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2019. – Vol. 289. – P. 37–44.

163. Lu F. M. et al. Disrupted small-world brain network topology in pure conduct disorder // *Oncotarget*. – 2017. – Vol. 8. – №39. – P. 65506.

164. Zhang J. et al. Three-dimensional convolutional neural network-based classification of conduct disorder with structural MRI // *Brain Imaging and Behavior*. – 2019. – P. 1–8.

165. Raschle N. M. et al. Atypical Dorsolateral Prefrontal Activity in Female Adolescents with Conduct Disorder During Effortful Emotion Regulation // *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. – 2019. – Vol. 4. – №11. – P. 984–994.

166. Johanson M. et al. A systematic literature review of neuroimaging of psychopathic traits // *Frontiers in psychiatry*. – 2020. – Vol. 10. – P. 1027.

167. Menks W. M. et al. Microstructural white matter alterations in the corpus callosum of girls with conduct disorder // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 56. – №3. – P. 258–265.

168. Sarkar S. et al. A whole-brain investigation of white matter microstructure in adolescents with conduct disorder // *PloS one*. – 2016. – Vol. 11. – №6. – P. e0155475.

169. Broulidakis M. J. et al. Reduced default mode connectivity in adolescents with conduct disorder // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2016. – Vol. 55. – №9. – P. 800–808.

170. Budhiraja M. et al. Brain structure abnormalities in young women who presented conduct disorder in childhood/adolescence // *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. – 2017. – Vol. 17. – №4. – P. 869–885.

171. Blair R. J. R., Zhang R. Recent neuro-imaging findings with respect to conduct disorder, callous-unemotional traits and psychopathy // *Current opinion in psychiatry*. – 2020. – Vol. 33. – №1. – P. 45–50.

172. Prajapati P., Pumariega A. J. Conduct Disorders// *Textbook of Mental and Behavioral Disorders in Adolescence*. – Springer, 2018.

173. Lillig M. Conduct Disorder: Recognition and Management // American Family Physician. – 2018. – Vol. 98. – №10. – P. 584–592.
174. Hirsch G. S. Dosing and Monitoring: Children and Adolescents // Psychopharmacology bulletin. – 2018. – Vol. 48. – №2. – P. 34.
175. Bakker-Huvenaars M. J. et al. Saliva oxytocin, cortisol, and testosterone levels in adolescent boys with autism spectrum disorder, oppositional defiant disorder/conduct disorder and typically developing individuals // European Neuropsychopharmacology. – 2020. – Vol. 30. – P. 87–101.
176. Junewicz A., Billick S. B. Conduct Disorder: Biology and Developmental Trajectories // Psychiatric Quarterly. – 2019. – P. 1–14
177. Haller J. Preclinical models of conduct disorder-principles and pharmacologic perspectives // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2018. – Vol. 91. – P. 112–120.
178. Hambly J. L. et al. Pharmacotherapy of conduct disorder: Challenges, options and future directions // Journal of psychopharmacology. – 2016. – Vol. 30. – №10. – P. 967–975.
179. Harris J. Treating Conduct Disorder Using Cognitive-Behavioral Therapy for Anger and Aggression in Children: A Case Study of a Male Juvenile Offender. – Washburn University, 2019.
180. Erskine H. E. et al. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2016. – Vol. 55. – №10. – P. 841–850.
181. Kazdin A. E. Implementation and evaluation of treatments for children and adolescents with conduct problems: Findings, challenges, and future directions // Psychotherapy research. – 2018. – Vol. 28. – №1. – P. 3–17.
182. Leibenluft E. Irritability in children: what we know and what we need to learn // World Psychiatry. – 2017. – Vol. 16. – №1. – P. 100.

183. Robb A. S. et al. A proposed anti-maladaptive aggression agent classification: Improving our approach to treating impulsive aggression // *Postgraduate medicine*. – 2019. – Vol. 131. – №2. – P. 129–137.

184. Katzman M. A. et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach // *BMC psychiatry*. – 2017. – Vol. 17. – №1. – P. 302.

185. Antai-Otong D., Zimmerman M. L. Treatment approaches to attention deficit hyperactivity disorder // *Nursing Clinics*. – 2016. – Vol. 51. – №2. – P. 199–211.

186. Blader J. C. Disruptive mood dysregulation, and other disruptive or aggressive disorders in ADHD // *Moodiness in ADHD*. – Springer, Cham, 2018. – P. 73–89.

187. Prevendar T. et al. Evidence-based psychotherapeutic interventions for youth mental disorders // *Society for Psychotherapy Research: 50th annual international meeting: abstract book*. – 2019.

188. Katzmann J. et al. Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: mediating mechanisms in a head-to-head comparison // *Psychotherapy Research*. – 2019. – Vol. 29. – №6. – P. 784–798.

189. Masi G. et al. Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with disruptive behavior disorders // *Psychiatry research*. – 2016. – Vol. 238. – P. 8–13.

190. Bhide A., Chakraborty K. General Principles for Psychotherapeutic Interventions in Children and Adolescents // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 62. – №Suppl 2. – P. S299.

191. Guvenir T. Self-harming behavior: treatment with psychotherapy // *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. – 2019. – Vol. 29. – P. 341–342.

192. Bunge E. L. et al. Behavioral intervention technologies and psychotherapy with youth: A review of the literature // *Current Psychiatry Reviews*. – 2016. – Vol. 12. – №1. – P. 14–28.

Дубатова Ирина Владимировна – канд. мед. наук, доцент, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону Россия.

Dubatova Irina Vladimirovna – candidate of medical sciences, associate professor, Psychiatry Department, Rostov state medical university of Russian Ministry of Health, Rostov-on-Don, Russia.

Анцыборов Андрей Викторович – врач-психиатр, психиатр-нарколог, ассистент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

Antsyborov Andrey Viktorovich – psychiatrist, ‘South-Clinics’ Medical Centre; assistant, Psychiatry Department, Rostov state medical university of Russian Ministry of Health, Rostov-on-Don, Russia.

Калинчук Анна Валерьевна – канд. биол. наук, профессор кафедры психиатрии медицинского факультета Гарвардского университета, Бостон, США; сомнолог, ООО «Юг-Клиника», Ростов-на-Дону, Россия; старший научный сотрудник, ФГБУН «Федеральный исследовательский центр Южный научный центр Российской академии наук», Ростов-на-Дону, Россия.

Kalinchuk Anna Valerievna – PhD, assistant professor, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, USA; somnologist, ‘South-Clinics’ Medical Centre, Rostov-on-Don, Russia; senior research scientist, Southern Scientific Centre of the Russian Academy of Science, Rostov-on-Don, Russia.

Анцыборов Лёма Андреевич – врач-педиатр, ООО «Юг-Клиника», Ростов-на-Дону, Россия.

Antsyborov Lema Andreevich – pediatrician, ‘South-Clinics’ Medical Centre; assistant, Psychiatry Department, Rostov state medical university of Russian Ministry of Health, Rostov-on-Don, Russia.