

МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА



РАННЕЕ ДЕТСТВО:
психологическая абилитация
и профилактика нарушений
психического развития

Ответственный редактор
М.В. Иванов

МОСКВА
2023

УДК 159.922.736.2

ББК 88.41

И 20

Редакционная коллегия:

Н. Л. Белопольская, А. А. Демидов, М. В. Иванов (отв. ред.),

Г. В. Козловская, И. А. Коробейников, Л. И. Сурат

Рецензенты:

Аверин Вячеслав Афанасьевич – доктор психологических наук, профессор, Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, декан факультета клинической психологии, заведующий кафедрой общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Фесенко Юрий Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор факультета клинической психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующий психотерапевтическим отделением СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина; главный детский специалист-психиатр Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

РАННЕЕ ДЕТСТВО: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития. Научное издание. Коллективная монография / Отв. ред. М.В. Иванов. – М.: Московский институт психоанализа, 2023. – 242 с.

Коллективная монография, подготовленная ведущими отечественными специалистами, посвящена современным направлениям изучения нарушений психического развития в раннем детстве. Авторами монографии рассматриваются вопросы выявления риска возникновения нарушений психического развития (предболезни) у детей первых лет жизни, проблема ранней психологической и клинической диагностики, дифференциальной нозологической диагностики, организации ранней помощи, а также помощи семьям, воспитывающим детей с психическими расстройствами. Рассматриваются профилактические и реабилитационные подходы, направленные на преодоление ранних нарушений психического развития и укрепление психического здоровья на этапах его становления. Монография ориентирована на клинических (медицинских) психологов, педагогов-психологов, дефектологов, детских психиатров, неврологов и педиатров, а также специалистов, разрабатывающих научные и прикладные направления помощи детям первых лет жизни в области здравоохранения, образования и социальной защиты.

ISBN 978-5-7312-0433-0

© Московский институт психоанализа, 2023

На обложке: Berthe Morisot – Julie Manet and Her Nurse, 1880
(Берта Моризо – Жюли Мане с няней, 1880)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Раздел 1	
Основополагающие направления изучения психического здоровья в раннем детстве	
Глава 1. Иванов М.В. Риск-центрированный подход и психическое здоровье в раннем детстве	11
Глава 2. Калинина М.А., Козловская Г.В. Клиническая феноменология психических расстройств раннего детского возраста	36
Глава 3. Козловская Г.В. Микropsихиатрия – новый раздел возрастной психиатрии	50
Глава 4. Горюнова А.В., Шевченко Ю.С. Актуальные вопросы психиатрии раннего детства	62
Глава 5. Разенкова Ю.А. Методологические основы современных отечественных исследований в области ранней помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья	73
Глава 6. Козловская Г.В., Калинина М.А., Иванов М.В., Голубева Н.И., Марголина И.А., Платонова Н.В. Психическое здоровье и его охрана в детском возрасте	82
Глава 7. Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В. Психическая депривация как фактор риска нарушений психического развития в раннем детстве	95
Глава 8. Белопольская Н.Л. Стили воспитания в семьях детей с отклонениями в развитии	104
Глава 9. Добряков И.В. Теоретическое и прикладное значение концепции Отто Ранка в настоящее время	114

Раздел 2

Прикладные модели организации клинико-психологической помощи детям раннего возраста

Глава 10. Баенская Е.Р.

Эмоционально-смысловой подход к коррекционной помощи ребенку раннего возраста с расстройством аутистического спектра и психологическому сопровождению его семьи..... 135

Глава 11. Беркун А.В., Суетина О.П.

Модель ранней помощи семьям, воспитывающим детей первых лет жизни с расстройствами аутистического спектра, в рамках эмоционально-смыслового подхода 144

Глава 12. Шевченко Ю.С.

Холдинг-терапия в контексте микропсихиатрии..... 163

Глава 13. Селянина М.Н., Максимова Н.Е.

Комплексная специализированная помощь детям раннего возраста в психиатрическом учреждении 175

Глава 14. Воронкова Н.А., Козловская Г.В., Марголина И.А., Иванов М.В., Калинина М.А.

Кабинет раннего возраста: анализ опыта организации помощи 193

Глава 15. Марголина И.А., Платонова Н.В., Балакирева Е.Е.

Расстройства пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возраста..... 204

Глава 16. Баз Л.Л.

Особенности кормления детей раннего возраста как показатель детско-материнских отношений 213

Глава 17. Прочухаева М.А., Важнова С.А.

Некоторые особенности психологической работы с родителями особых детей в службе ранней помощи..... 227

Сведения об авторах..... 238

ПРЕДИСЛОВИЕ

Раннее детство – это период первых трех лет жизни, период особой уязвимости к факторам риска, нарушающим психическое развитие и психическое здоровье. Однако именно этот период жизни является важным для построения фундамента – укрепления психического здоровья и всего здоровья в целом.

Проблемы с психическим здоровьем в детском возрасте обращают внимание специалистов разных специальностей и направлений – психологов, психиатров, неврологов, педиатров, педагогов, дефектологов и др. Внимание к этой проблеме не случайно, так по данным отечественной педиатрической статистики в структуре всей детской инвалидности наибольшая доля приходится именно на психические расстройства и расстройства поведения, вслед за ними идут болезни нервной системы, врожденные аномалии развития и др.

В России в последние годы отмечается большой интерес к проблемам психического здоровья и нарушениям психического развития в раннем детстве. В учреждениях системы здравоохранения и образования открываются кабинеты и центры ранней помощи, кабинеты раннего возраста, которые должны оказывать помощь семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития и удовлетворять возникающие потребности в области охраны психического здоровья подрастающих поколений. Становление национальной стратегии по укреплению психического здоровья и профилактике психических заболеваний в детстве требует большой организационной ответственности, ведь от того, какими методологическими и методическими подходами будут владеть отечественные специалисты зависит эффективность и безопасность работы, а прежде всего будущее детей.

В данной коллективной монографии представлено современное состояние изучения вышеуказанных проблем, затронутых в докладах на Всероссийской научно-практической конференции «Раннее детство: психологическая абилитация и

профилактика нарушений психического развития» 15-16 июня 2022 года, организованной Московским институтом психоанализа кафедрой детской и подростковой клинической психологии. Авторы данного издания – ведущие отечественные специалисты по проблемам клинической (медицинской) психологии, коррекционной психологии и педагогики, а также психиатрии раннего детского возраста.

Монография содержит два раздела: «Основополагающие направления изучения психического здоровья в раннем детстве» и «Прикладные модели организации клинико-психологической помощи детям раннего возраста».

Первый раздел открывается главой, написанной М.В. Ивановым, в которой излагаются данные по разработке мер первичной психопрофилактики, изучению состояния риска возникновения нарушений психического развития в раннем детстве, проводимых в России. Представлены данные уникального эпидемиологического скрининга детского населения первых трех лет жизни. Обсуждается целесообразность выделения дополнительной категории – группы риска или предболезненных состояний, на долю которых приходится немалая часть детского населения. Таким образом, диада «здоровье – болезнь» превращается в триаду «здоровье – предболезнь – болезнь», что может сократить гипер- или гиподиагностику в области психических расстройств. Отмечена стратегическая важность охраны психического здоровья детей на уровне первичной медико-санитарной помощи. Авторами следующей главы раздела М.А. Калининой и Г.В. Козловской представлены данные клинико-психопатологического изучения феноменологии психических расстройств раннего детского возраста, являющейся важной для дифференциации болезненных и предболезненных состояний, встречающихся у детей первых лет жизни. Отмечается, что раннее появление различных психопатологических феноменов может быть, как предвестником развития тяжелых форм психических заболеваний, таких как аутизм, шизофрения, так и одним из вариантов раннего развития, которое к пубертатному возрасту может переходить в норму. Отмечены неблагоприятные в прогностическом плане симптомы, с большой вероятностью приводящие к болезни. Глава, подготовленная Г.В. Козловской, посвящена новому разделу возрастной психиатрии – микропсихиатрии, в рамках которого были

изучены психосоциальные и биологические факторы риска возникновения психических расстройств в раннем детстве. В следующей главе, написанной А.В. Горюновой и Ю.С. Шевченко, обсуждаются актуальные вопросы и задачи психиатрии раннего детства: диагностические, классификационные, терминологические, межведомственные, организационно-методические, содержание которых авторы последовательно рассматривают и предлагают пути их решения.

В главе, подготовленной Ю.А. Разенковой, приведен анализ методологических направлений отечественной ранней помощи, основанной на изучении взаимодействия и общения родителей с ребенком с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – первое направление связано с изучением общения ухаживающих взрослых с детьми-сиротами с ОВЗ с последующим проектированием технологий помощи; второе направление представлено изучением общения близких взрослых с детьми раннего и дошкольного возраста с ОВЗ с последующей работой над основными положениями научно-методического подхода и технологиями психолого-педагогического сопровождения родителей и ребенка. В следующей главе, написанной Г.В. Козловской с соавторами, поднимаются дискуссионные вопросы в сфере охраны психического здоровья в детстве, обсуждаются пути построения профилактической и коррекционной работы, а именно работа с семьей ребенка, гармонизация игровой деятельности, ограничения деструктивного содержания в окружающей ребенка действительности и др. Глава, написанная И.А. Марголиной с соавторами, посвящена изучению влияния психосоциальных депривационных факторов на возникновение нарушений психического развития в раннем детстве. Отмечено, что родительская депривация, хроническое физическое и сексуальное насилие являются психосоциальными факторами, запускающими психический дизонтогенез, включающий в себя как неспецифические психические нарушения, свойственные большинству психогений в детстве, так и специфические симптомокомплексы, характерные при воздействии конкретного психотравмирующего фактора.

В главе Н.Л. Белопольской поставлена проблема поиска адекватного стиля воспитания в семье для детей с отклонениями в психическом развитии. Выделены аспекты ошибок современного воспитания в семье в европейских странах.

Обсуждается вопрос о том, что дети с разнообразными психическими отклонениями и заболеваниями часто не вписываются в общую картину психологических рекомендаций по стилям воспитания в семье. В главе, подготовленной И.В. Добряковым, рассматривается концепция О. Ранка в контексте организации профилактики нарушений психического развития в раннем детстве. Автор главы отмечает, что идеи О. Ранка способствуют формированию современных представлений о психологических процессах, связанных с репродукцией, с гестацией, с родами, с ранними этапами онтогенеза, с формированием семейных отношений, оказывают влияние на организацию практической деятельности семейных психологов и психотерапевтов, репродуктологов, акушеров-гинекологов, неонатологов, что в результате повышает эффективность их работы.

Второй раздел посвящен обсуждению прикладных моделей организации клиничко-психологической помощи детям раннего возраста. В главе, написанной Е.Р. Баенской, представлены основания и содержание эмоционально-смыслового коррекционного подхода, направленного на преодоление искаженности психического развития ребенка с аутизмом. Убедительно показано, что эмоциональное развитие ребенка, проходящее в совместно разделенном со взрослым переживании, является обязательным условием формирования его активных осмысленных отношений с миром. Обсуждается необходимость и реальная возможность ранней диагностики угрозы (риска) аутистических расстройств и раннего психологического сопровождения ребенка и его семьи. Дается представление о значимых маркерах тенденций аутистического дизонтогенеза, основных задачах и содержании коррекционной работы с ребенком раннего возраста, и психологической помощи его родителям. В следующей главе, написанной А.В. Беркун и О.П. Суетиной, описывается модель оказания ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра и их семьям, осуществляемая в рамках эмоционально-смыслового подхода. Описывается этапность оказания помощи семье и её возможные формы, представлены принципы работы каждого участника мультидисциплинарной команды специалистов: психолога, дефектолога, нейропсихолога и др. В главе, подготовленной Ю.С. Шевченко, анализируется этологически ориентированный подход в психотерапии детей раннего возраста.

ста – в этом возрасте врожденные, инстинктивные механизмы и модели поведения являются ведущими. В свете этого тезиса автором рассматривается холдинг-терапия, позволяющая установление симбиотического единства в диаде «мать-дитя» и протраивание иерархической субординации в этой системе. На основе собственного опыта обсуждаются клинические и возрастные показания, а также вопросы безопасности холдинг-терапии при условии её грамотного осуществления.

В главе, написанной М.Н. Селяниной и Н.Е. Максимовой, описывается специализированная комплексная помощь детям раннего возраста с различной психической патологией полипрофессиональной бригадой специалистов, реализуемой на протяжении более десяти лет в психиатрическом учреждении. В главе, подготовленной Н.А. Воронковой с соавторами, также представлен опыт организации кабинета раннего возраста, приводится подробный анализ динамики клинико-статистических показателей психических расстройств.

В главе, подготовленной И.А. Марголиной с соавторами приведены дифференциально-диагностические данные по своеобразию расстройств пищевого поведения у детей раннего возраста, которые могут рассматриваться как составная часть симптоматики других более общих психических расстройств или предрасположенности к ним, так и являться отражением особенностей взаимодействия в диаде «мать-дитя», искажениям которых в ряде случаев отводится роль главного этиологического фактора в возникновении нарушений пищевого поведения в раннем детстве. В главе, подготовленной Л.Л. Баз, рассматривается важность грудного вскармливания для полноценного физического и психического развития ребенка, приводятся сведения о зависимости нарушений развития младенца, в том числе и возникновение у него психосоматических расстройств, от эмоционального состояния матери и ее отношения к ребенку. Особого внимания заслуживает созданная автором классификация нарушений кормления детей, симптомов, свидетельствующих о дисгармонии в системе мать-дитя, что может рассматриваться в качестве мишени психотерапевтической работы с семьей.

В главе, написанной М.А. Прочухаевой и С.А. Важновой, представлен опыт организации психологической работы службы ранней помощи семьям, воспитывающим ребёнка

раннего возраста с особенностями развития в рамках учреждения социальной поддержки и реабилитации инвалидов.

Редакционная коллегия выражает свою благодарность всем авторам за помощь в формировании коллективной монографии. Уверены, что данный труд окажется востребованным и полезным для научных работников, преподавателей психологии, а также практикующих специалистов и организаторов помощи детям в области здравоохранения, образования и социальной защиты населения.

М.В. Иванов

Раздел 1

Основополагающие направления изучения психического здоровья в раннем детстве

Глава 1

М.В. Иванов

Риск-центрированный подход и психическое здоровье в раннем детстве

Введение

Охрана психического здоровья детей является важнейшей задачей не только медиков и психологов, но и государства. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Adolescent mental health, WHO, 2018) и эпидемиологических исследований (Costello E.J. et al., 2003) половина нарушений психического здоровья наступает в возрасте до 14-16 лет. При обращении детей в учреждения первичного звена здравоохранения, по разным подсчетам регистрируется от 10 до 29% случаев, в ряде стран еще выше, имеющих психические нарушения (Giel R, 1981; Здоровье-2020, ВОЗ, 2012; Merikangas K.R. et al., 2009; Malhotra S., Patra B.N., 2014; Verhulst F.C., & Tiemeier H., 2015). По данным российской педиатрической статистики в структуре детской инвалидности наибольшая доля приходится на психические расстройства, на втором месте болезни нервной системы, затем врожденные аномалии развития и инфекционно-соматические заболевания (см. рис. 1) (Баранов А.А. с соавт., 2017; Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н., 2019).

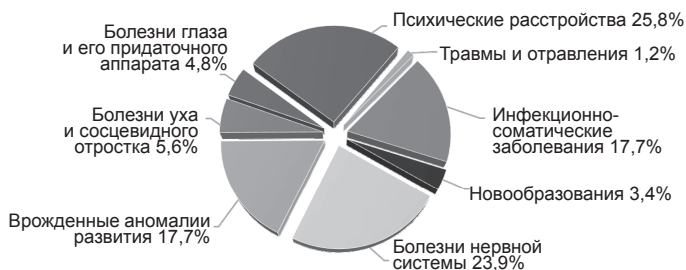


Рис. 1. Структура причин общей инвалидности детей в возрасте 0-17 лет в Российской Федерации, 2015 г. по данным А. А. Баранова с соавт., (2017)

Дети – самая уязвимая часть общества, требующая повышенного внимания, особого государственного подхода и защиты. Подростающее поколение в перспективе прямо предопределяет решения государственных, социальных, экономических, экологических и целого ряда других задач будущего (Макушкин Е.В. с соавт., 2015).

Минздравом России отмечается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов, вследствие психических заболеваний, с акцентом на развитие психопрофилактического направления, проведение скрининговых исследований, развитие «микropsихиатрии» как необходимой формы практического формирования и укрепления детской психиатрической службы и др. (Макушкин Е.В. с соавт., 2015). В России также сформирован институт внештатных детских специалистов психиатров и внештатных специалистов по медицинской психологии при органах здравоохранения, занимающийся определением направлений и стратегий решения задач в области психического здоровья.

Риск возникновения нарушений психического развития

В первые годы жизни ребенка проявляются генетические, органические и психосоциальные факторы риска, предикторы психических заболеваний, описанные в ряде проспективных исследований. В раннем детстве могут проявляться психические расстройства, такие же, как и у более старших детей и взрослых (Козловская Г.В. с соавт., 1991; Козловская Г.В., 1995; Калинина М.А., 2018; Skovgaard AM., 2010; Pierce K. et al., 2019). Результаты этих исследований подтверждают необходимость скрининга и раннего выявления нарушений психического развития, а также организацию превентивной и специализированной клинико-психологической и психиатрической помощи в раннем возрасте.

Важно отметить, что именно в первые годы жизни конституциональные и другие факторы риска, обусловленные состоянием организма, обнаруживают повышенную чувствительность к воздействию, как повреждающих, так и компенсирующих факторов, что может быть точкой приложения первичной профилактической помощи по предотвращению возникновения нарушений психического развития или смягчению болезненного состояния (Баженова О.В., Козлов-

ская Г.В., 1992; Mrazek P.J., Haggerty R.J., 1994; Иванов М.В., Козловская Г.В., 2014; Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Иванов М.В., 2017; Кочерова О.Ю. с соавт., 2018; Гусарова В.А., Иванов М.В., 2019).

В XX в. начали появляться концепции предболезни, в историческом освещении оказалось диалектическое (вероятностное) решение противоречий между дискретностью и непрерывностью во взаимоотношениях «нормы» и «патологии», была признана возможность переходных, то есть предболезненных состояний (Семичов С.Б., 1987).

В зарубежной психологии и медицине является достаточно распространенной моделью диатеза-стресса (“diathesis-stress model”, также известная как “vulnerability-stress models” или “dual-risk model”) ((Kendler K.S., 2020). Данная концепция объясняет диатез (греч. διάθεσις, предрасположенность, склонность) как уязвимость или предрасположение к болезни, обусловленное наследственностью, воспитанием, хроническими болезнями, изменениями в обмене ряда веществ, злоупотреблением психоактивными веществами и различными стрессами (Ingram R.E., Luxton D.D., 2005; Jolicœur-Martineau A. et al., 2020). Данная концепция позволяет определять лиц, имеющих риск возникновения заболевания.

В психиатрии для описания развития психических расстройств психологическая модель диатеза-стресса начала использоваться в 1960-х годах для объяснения шизофрении (Meehl P.E., 1962; Fowles D.C., 1992), а в дальнейшем для объяснения депрессии (Monroe S.M., Simons A.D., 1991), бессонницы (Spielman A.J., Caruso L.S., Glovinsky P.B., 1987), самоповреждающего и суицидального поведения (Mann J.J. et al., 1999) и других психических расстройств и состояний.

В отечественной психиатрии ближе всего к проблеме диатезов подошел академик А.В. Снежневский, относил диатезы к *pathos*, то есть состоянию, заключающему в себе лишь возможность развития патологического процесса (болезни, или *posos*) (Снежневский А.В., 1972).

В дальнейшем проспективные исследования детей младенческого и раннего возраста, рожденных от родителей, страдающих шизофренией (группа высокого риска по шизофрении), выявили специфические особенности психического, неврологического и соматовегетативного развития, что является клиническим проявлением шизофренического

генотипа и обозначено как шизотипический диатез (Ануфриев А.К., Козловская Г.В., 1985; Козловская Г.В., Горюнова А.В., 1986; Козловская Г.В., 1995; Козловская Г.В., Калинина М.А., 2013).

Модель стресс-диатеза используется в психологии и психиатрии, в частности для изучения психопатологии в детстве, она позволяет подойти ближе к пониманию взаимодействия биологических и психосоциальных факторов при возникновении психических расстройств (Козловская Г.В., 1995; Козловская Г.В., Калинина М.А., 2013; Киреева И.П., Аронов П.В., 2007; Gazelle H., Ladd, G.W., 2003; Grant K., McMahon S., 2005; Cui W, Yang Z., 2021). Диатез-стрессовые модели, разработанные в психиатрии, доступны эмпирической и экспериментальной верификации в клинико-биологическом, экспериментально-биологическом и клинико-психологическом форматах (Тукаев Р.Д., 2012).

В последнее время разными исследователями отмечается целесообразность изучения донозологических форм нервно-психических расстройств у детей (Сухотина Н.К., 2008), выделение детей раннего возраста из группы риска (Белова О.С., Соловьев А.Г., 2021) и введение риск-центрированный диагностики в детстве, хотя бы в возрасте до 3 лет (Пашковский В.Э., 2021).

Выделение группы риска (предболезни) превращает диадду «здоровье – болезнь» в триаду «норма – предболезнь – болезнь», что может сократить неопределенность, сократить гипер- или гиподиагностику, то есть отнесение риска к болезни или отождествление риска с абсолютным здоровьем.

Эпидемиологические исследования риска нарушений психического развития в России

В 2015 году Минздравом России был запущен пилотный проект – скрининг (первичное выявление) детей раннего возраста общей популяции, имеющих риск возникновения расстройств аутистического спектра (РАС). Данную работу возглавила главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Центральном федеральном округе, заведующая отделом детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, д-р мед. наук Н.В. Симашкова.

Скрининг риска РАС проводился в трех крупнейших регионах страны (Волгоградская, Новосибирская и Челябинская области) на протяжении нескольких лет сплошным методом

было проанкетировано более 70 тыс. родителей детей в возрасте до 24 месяцев жизни с последующей консультацией детей группы риска врачом-психиатром детским. В рамках данного обследования использована клиничко-психологическая анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, фокусированная на риске РАС у детей до 2 лет – 25 вопросов. Выделена группа риска (состояние предболезни) по РАС, которую составили 10,35% проанкетированных. Часть детей группы риска (4 703 случая) на добровольной основе была проконсультирована врачом-психиатром детским и только в 36 случаях был установлен клинический диагноз по МКБ-10 из подрубрики F84.0-F84.8. Показатель распространенности РАС составил – 5 : 10 000 детей общей популяции в возрасте до 2 лет (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. с соавт., 2018).

По результатам первого этапа пилотного проекта, проведенного 2015-2016 гг., Минздравом России в 2017 г. запущен второй этап, расширивший фокус проблемы – риск нарушений психического развития разного генеза (НПР), увеличен возрастной диапазон охвата детей, внесены дополнения в скрининговый инструментарий и отчетные формы, увеличено количество регионов-участников пилотного проекта до девяти (Волгоградская, Кировская, Московская, Новосибирская, Оренбургская, Тверская, Челябинская, Ярославская области и Ставропольский край) (Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В. с соавт., 2020).

В рамках второго этапа пилотного проекта разработана двухуровневая методика обследования:

I уровень – сплошное эпидемиологическое обследование детей раннего возраста 18-48 месяцев жизни с помощью скрининговой анкеты для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста. Исследование проводилось в учреждениях первичного звена здравоохранения, преимущественно педиатрами с привлечением смежных специалистов (неврологов, клинических (медицинских) психологов, а также волонтеров (студентов-медиков).

II уровень – обследование детей, составивших группу риска по результатам анкетирования, врачом-психиатром детским с целью проведения детальной клинической диагностики в соответствии с критериями МКБ-10.

Инструмент обследования – «скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., 2018) (см. приложение). Анкета представляет собой перечень из 35 вопросов, затрагивающих основные сферы психического и психологического развития ребенка: инстинктивно-вегетативную сферу; сенсорику; биопсихосоциальную систему «мать-дитя»; эмоции; познавательную деятельность (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания), социальное взаимодействие и психопатологические проявления. Психометрическое исследование анкеты показало достаточно высокую надежность и валидность: коэффициент ретестовой надежности варьируется в диапазоне 0,92-0,96 (при $p < 0,001$, временной интервал – 4-5 недель), установлена положительная корреляция (0,72, при $p < 0,001$) с коэффициентом психического развития по стандартизированной методике ГНОМ (график нервно-психического развития малыша) (Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., 2017). Сопоставление с оценками по методике ГНОМ позволило квантифицировать уровень риска в баллах скрининговой анкеты (Иванов М.В. с соавт., 2018). Методологически данная скрининговая анкета похожа на опросник С. Gillberg, разработанный в рамках концепции ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) и созданный для охвата всех видов нарушений раннего развития (Gillberg С., 2010, 2012).

Результаты сплошного скринингового эпидемиологического обследования. В процессе проведения обследования в 2017-2019 гг. в девяти регионах страны скрининговую анкету заполняли 595 691 родителей (или законных представителей) детей в возрасте 18-48 месяцев жизни на приеме в детской поликлинике. Родители были вправе отказаться от анкетирования. Всем родителям детей, которые по результатам анкетирования вошли в группы риска НПП, рекомендована профилактическая консультация у врача-психиатра детского на добровольной основе в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

При анализе полученных результатов было установлено, что риск (состояние предболезни) возникновения НПП со-

ставляет 13,07% (1 307 случаев на 10 000 детского населения в возрасте 18-48 месяцев жизни. Установлено также, что показатель риска НПР варьируется в широком диапазоне в зависимости от региона: минимальные значения 3,69 – 6,7% (Оренбургская область, Ставропольский край, Челябинская область), максимальные значения 19,15 – 23,28% (Волгоградская, Кировская, Московская области) (см. таблицу 2), что может быть связано с неравномерным охватом детского населения (городского и сельского), а также доступностью медицинской помощи.

В ходе эпидемиологического скрининга всем родителям детей из группы риска возникновения НПР было рекомендовано пройти профилактическую консультацию врача-психиатра детского на добровольной основе, с целью клинической диагностики. По результатам этих консультаций, у части детей группы риска были выявлены выраженные клинические нарушения, квалифицируемые по диагностическим критериям МКБ-10. Распространенность психических расстройств и расстройств поведения составила 1,51% или 151 : 10 000 в возрасте 18-48 месяцев жизни общей популяции. Данный показатель варьирует в зависимости от региона: минимальные значения 0,25-0,51% (Челябинская область, Ставропольский край, Оренбургская область), максимальные значения 3,57% и 5,24% (Кировская и Тверская области).

Наиболее высокий показатель болезненности, по сравнению с другими территориями, выявлен в Тверском регионе – 5,24 %, что, вероятно, связано с тем, что в этом регионе с 2010 г. была внедрена система оказания специализированной комплексной помощи детям раннего возраста, основанная на работе полипрофессиональной бригады специалистов, что позволило проводить расширенную диагностику НПР в раннем возрасте (Селянина М.Н. с соавт., 2015, 2018).

В структуре психических расстройств и расстройств поведения преобладает группа задержек психического развития: специфические расстройства развития речи и языка, развития учебных навыков, развития моторной функции и смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития (F80-F83 по МКБ-10) – 60,06%. Следующими по частоте являются общие (первазивные) расстройства психологического развития (F84.0-F84.8) или PAC – 16,68% и группа поведенческих расстройств, включающая гиперки-

РАННЕЕ ДЕТСТВО

нетические расстройства, расстройства эмоций и поведения (F90-F98) – 16,77%, затем умственная отсталость (F70-F79) – 6,45%. Рано начавшаяся детская шизофрения F20.8xx3 находится на последнем месте по распространенности и составляет только – 0,06% (см. рисунок 2).

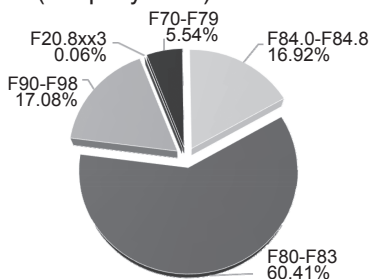


Рис. 2. Структура нарушений психического развития и психических расстройств среди детей в возрасте 18-48 месяцев по данным N.V. Simashkova, M.V. Ivanov, I.S. Boksha et al., (2022)

Для сравнения приведем данные одного из новых эпидемиологических исследований, проведенных в четырех педиатрических учреждениях первичной медико-санитарной помощи Испании (Mariño M.C. et al., 2018). Распространенность «психиатрических» расстройств, установленных по критериям DSM-IV-TR по пяти осям, у детей в возрасте до 5 лет составила 4,5% или 450 : 10 000. В исследовании показано, что с возрастом болезненность имеет тенденцию к нарастанию, так в возрасте 6-10 лет – 18,5% и 11-14 лет – 22%. Наибольшая встречаемость была при СДВГ (5,36%), речевых нарушениях (3,42%), задержках интеллектуального развития (3,26%), тревожно-депрессивных расстройствах (2,4%) и расстройствах поведения (1,87%). Авторами работы обращается внимание на то, что в 47% всех случаев выявлена сопутствующая патология с другими психическими расстройствами.

Рассматриваемый пилотный проект, проведенный в 2017-2019 гг. в девяти субъектах Российской Федерации позволил установить показатель распространенности РАС или общих (первазивных) расстройств психологического развития – под рубрика F84 по МКБ-10), который составляет 18 : 10 000 детского населения в возрасте до 4 лет. Отметим, что этот показатель выше полученного в 2015-2016 гг. при обследовании

детей в возрасте до 2 лет, который составлял – 5 : 10 000 (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В., 2018).

Данные, полученные в нашем исследовании, сопоставимы с данными датского когортного исследования (диагнозы в котором соответствовали критериям МКБ-10). В общей сложности у 16,164 детей, или 1,76% (1,76 : 10 000) от 918 280 детей, родившихся за период 1997-2010 гг., в течение первых 4 лет жизни было диагностировано психическое (0,90%) и/или общее нарушение развития (1,05%) (Koch et al. др., 2021).

В норвежском популяционном исследовании (N = 1555) самая высокая распространенность подозреваемых задержек развития была выявлена в области крупной моторики во всех возрастных группах 4–12 месяцев, составляя 2,3–8,7% (0,4–4,6% в области мелкой моторики), тогда как общие показатели распространенности подозреваемых задержек развития варьировались от 5,7 до 12,3% (Valla et al., 2015).

Недавние метаанализы оценили распространенность психических расстройств в мире в целом, конкретных психических расстройств и сопутствующих заболеваний (десять исследований, 18 282 ребенка в возрасте 12–83 месяцев, из восьми стран). Совокупная распространенность психических расстройств в целом оценивается в 20,1%, при этом наиболее часто встречаются такие расстройства, как девиантное расстройство (4,9%) и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (4,3%), при этом поиск литературы авторов показал, что эпидемиология психических расстройств у детей в возрасте до 7 лет до сих пор остается малоизученной областью исследований, и значительное число детей раннего возраста, страдающих психическими расстройствами, нуждаются в адекватном, адаптированном к возрасту лечению (Vasileva M., Graf R.K., Reinelt T. et al., 2021). В другом обзоре были даны аналогичные оценки, например, распространенность психических расстройств среди детей в возрасте 1–5 лет составляет 16–18%, причем примерно половина этих детей страдает тяжелыми формами (von Klitzing et al., 2015).

Анализ распространенности в гетерогенной группе РАС показал следующее (см. рисунок 3): F84.0 «детский аутизм» – 27,48% случаев, F84.1 «атипичный аутизм» – 16,55%, F84.4 «гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» в 7,13% случаев,

РАННЕЕ ДЕТСТВО

F84.3 «другое дезинтегративное расстройство детского возраста» в 4,34% и F84.2 «синдром Ретта» – 0,26%.

Менее половины случаев из данной группы – 44,25% квалифицированы как – F84.8 «другие общие расстройства развития». Данный диагноз является предварительным и выставляется в случае наличия качественных отклонений в общении, социальной адаптации, которые в полной мере не отвечают диагностическим критериям ни одной из других рубрик F84. В этих случаях для уточнения диагноза требуется наблюдение врача-психиатра детского в динамике.

РАС рассматривается как гетерогенная группа, что подтверждено мультидисциплинарными исследованиями, проведенными в ФГБНУ НЦПЗ, и позволяет подойти дифференцированно к назначению терапии (медикаментозной и/или немедикаментозной) (Simashkova N.V. et al., 2019; Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Boksha I.S. et al., 2022).

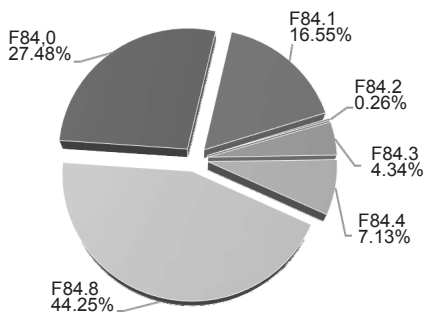


Рис. 3. Структура общих (первазивных) расстройств психологического развития (расстройств аутистического спектра) среди детей в возрасте 18–48 месяцев по данным N.V. Simashkova, M.V. Ivanov, I.S. Boksha et al., (2022)

Эпидемиологические данные по очень маленьким детям редки, но информация о распространенности РАС в основном доступна для детей старше 36 месяцев (старше 3 лет).

Так, эпидемиологические данные, полученные в Беларуси показывают распространенность РАС (по критериям F84 МКБ-10) среди детей и подростков от 3 до 17 лет на уровне 5,07 : 10 000 (Докукина Т.В., Марчук С.А., 2016).

Для сравнения, в США Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) с 2000 г. проводится эпидемиологический мониторинг распространенности РАС среди детей в

возрасте 8 лет на территории одиннадцати штатов (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, ADDM Network). Последняя оценка распространенности РАС составляет 185 : 10 000 детей в возрасте 8 лет (данные за 2016 г.), из них в 33% случаев наблюдается выраженная умственная отсталость, в 24% – пограничная умственная отсталость и в 42% отмечается средний или высокий интеллект. Показано увеличение выявления случаев с РАС на 175% по сравнению с первыми данными за 2000 и 2002 гг. (Maenner M.J. et al., 2020). С 2010 года CDC организован эпидемиологический мониторинг распространенности РАС среди детей 4-х лет. В последнем отчете, обнародованном весной 2020 года, распространенность РАС составила 156 : 10 000, из них 53% имеют умственную отсталость. При этом распространенность РАС варьирует в широком диапазоне в зависимости от штата от 88 случаев в Миссури до 253 случаев в Нью-Джерси в расчете на 10 000 детского населения в возрасте 4 лет (Shaw K.A. et al., 2020).

Стоит отметить, что оценки ADDM Network основываются на данных из различных источников (поликлиники общего профиля, отчеты специализированных программ, обслуживающих детей с нарушениями развития, а также от государственных школ). Далее эти данные обрабатываются опытными врачами в соответствии с диагностическими критериями аутистического расстройства, первазивного расстройства развития без дополнительных уточнений (PDD-NOS), включая атипичный аутизм и синдром Аспергера по DSM-IV-TR (2000 г.). В настоящее время используются критерии РАС по DSM-5 (2013 г.).

Также, распространенность РАС в США определяется и путем опроса семей по телефону, а в настоящее время, посредством электронной почты, основываясь на субъективной оценке родителей и дальнейшим соотношении с критериями DSM (National Survey of Children's Health, NSCH). По этим данным распространенность РАС выше и достигает 250 : 10 000 детей в возрасте от 3 до 17 лет (данные за 2016 г.) (Kogan M.D. et al., 2018).

Другой опрос в США (National Health Interview Survey, NHIS) сообщает о еще большей распространенности РАС – 276 : 10 000 детей в возрасте от 3 до 17 лет за 2016 г. (Zablotsky B., Black L.I., Blumberg S.J., 2017).

По данным одиннадцати зарубежных метаанализов, в которых отражена распространенность аутизма за пери-

од 1966-2019 гг., исследовательская группа обнаружила то, что граница между людьми с диагнозом аутизм и остальным населением сокращается в последнее десятилетие, что сказывается на увеличении цифр, отражающих распространенность аутизма (Rødgaard E. et al., 2019).

Существуют критические замечания в отношении оценки распространенности PAC CDC ADDM. Так, группа исследователей во главе с английским психиатром-эпидемиологом Т. Бругой отмечает, что не стоит полагаться на анализ пассивных выборок (*passive sampling*) (Brugha T. et al., 2018).

По мнению детского психиатра, профессора М. Заппелла разительные различия в эпидемиологических оценках связаны с методами, применявшимися при обследовании в оценке детей. Преимущественным методом оценки аутизма должно быть клиническое обследование ребенка и его семьи, с возможным привлечением данных психометрического исследования (Заппелла М., 2022)

На различия в эпидемиологических оценках, как в России, так и во всем мире, могут влиять различия в диагностических подходах, клинической практике, традиции медицинских сообществ, источниках данных для статистики, доступности медицинской и реабилитационной помощи детям. Также, важно учитывать влияние этнических, языковых и других особенностей популяции.

Заключение

Подводя итоги, следует сказать, что практическая целесообразность выделения риска или предболезни диктуется потребностями эпидемиологического изучения психических расстройств, уточнения статистики заболеваний, а также задачами профилактики. Значительные расхождения между исследователями в оценках психического здоровья населения и распространенности психических заболеваний объясняются отчасти альтернативным делением на больных и здоровых. Выделение дополнительной группы риска или предболезненных расстройств (на долю которых приходится немалая часть населения) превращает диаду «здоровье – болезнь» в триаду «здоровье – предболезнь – болезнь», что сокращает неопределенность. Это может уменьшить как гипердиагностику (отнесение к болезни предболезненных расстройств), так и гиподиагностику (отождествление предболезни с абсолютным здоровьем).

Как показали клинико-статистические, эпидемиологические и катамнестические исследования, уточнение клинической квалификации предболезненного расстройства более, чем что-либо иное, позволяет выяснить его место в континууме «норма – болезнь» и указать на прогноз, то есть меру вероятности возникновения болезни, а также наметить профилактические цели.

Проведение скрининга риска РАС и других психических и поведенческих нарушений в России среди детей раннего возраста в общей популяции является уникальным и перспективным направлением профилактической медицины и психологии. Данная инициатива позволяет разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий специализированной помощи, как психопрофилактической, так и лечебно-реабилитационной, тем самым своевременно применять меры для предотвращения развертывания заболевания или утяжеления психического состояния у ребенка.

Предложенный скрининговый инструмент – «скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста», позволяет выявлять предрасположенность психических и поведенческих расстройств, основываясь на научно-практическом опыте отечественных детских психиатров и психологов. При внедрении в широкую практику данный инструмент не требует подготовки специалистов, а перечень вопросов сформулирован в доступной для родителей форме.

Скрининг риска возникновения или наличия НПР включен в перечень профилактических медицинских осмотров детей двух лет жизни. Скрининг проводится путем анкетирования родителей на приеме у педиатра. При выявлении риска НПР родителям рекомендуется профилактическая консультация врача-психиатра (Приказ Минздрава России от 13.06.2019 г. №396н).

В настоящее время требуется незамедлительное решение различных вопросов организационного и кадрового обеспечения – повышение профессиональной компетенции специалистов (психологов, психиатров, неврологов, педагогов) в области психического здоровья и психопатологии детей раннего возраста. Не менее важной является активная просветительская работа среди населения, прежде всего среди будущих родителей и родителей маленьких детей.

Литература

Ануфриев А.К., Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. Латвия, Рига. Т.1. 1985. С. 224-227.

Баженова О.В., Козловская Г.В. Теоретические проблемы первичной профилактики психических расстройств в раннем детском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 2. С. 70-74.

Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Проблемы детской инвалидности в современной России // Вестник РАМН. 2017. Т. 72. № 4. С. 305-312.

Белова О.С., Соловьев А.Г. Направления профилактической психиатрии раннего детского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 11-2. С. 60-66.

Гусарова В.А., Иванов М.В. Развитие и совершенствование системы психопрофилактики в детском возрасте // Психическое здоровье. 2019. № 9. С. 16-24.

Докукина Т.В., Марчук С.А. Клинико-эпидемиологические характеристики расстройств аутистического спектра в Республике Беларусь // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 3. № 2(13). С. 51-55.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями). Дата обращения: 17.06.2022. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/

Заппелла М. Аутизм: диагностическая дилемма // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. № 6. С. 71-76.

Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Европейский региональный комитет. Шестьдесят вторая сессия ВОЗ, Копенгаген, 2012 г. Дата обращения: 17.06.2022. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf

Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения России (современные правовые и медико-социальные процессы): монография. М.: Издательство Юрайт, 2019. 194 с.

Иванов М.В., Козловская Г.В. Концептуальные идеи А.В. Снежневского и психопрофилактика в раннем детском возрасте // Психиатрия. 2014. № 3 (63). С. 18-20.

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика). В кн.: Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М., 2018. С. 212-221.

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16-24 месяцев жизни (данные по России за 2015-2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. Т. 118. № 5. С. 12-19.

Калинина М.А. Отдаленный катамнез детей из группы высокого риска развития шизофрении // Психиатрия. 2018. № 2 (78). С. 41-47.

Киреева И.П., Аронов П.В. Концепции диатезов в психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2007. Т. 7. № 2. С. 113-119.

Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 48 с.

Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. Т. 86. Вып. 10. С.1534-1538.

Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013. Т. 60. № 4. С. 27-31.

Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Психодиагностический тест «ГНОМ» для определения уровня психического развития детей раннего возраста. 3-е изд., исправл. и доп. М., 2017.

Козловская Г.В., Скобло Г.В., Горюнова А.В., Римашевская Н.В. Клинико-психопатологические аспекты пограничных психических расстройств в младенчестве // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91. № 8. С. 62-66.

Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н., Чубаровский В.В., Филькина О.М. Факторы риска сохранения задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающей семье // Анализ риска здоровью. 2018. № 2. С. 33-40.

Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Иванов М.В. К вопросу об антенатальной и ранней постнатальной психопрофилактике (основные положения) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2 (17) (Приложение). С. 127-129.

Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4 С. 5-11.

Пашковский В.Э. О перманентной диагностике в детской психиатрии // Неврологический вестник. 2021. Т. LIII. №1. С. 48-51.

Приказ Минздрава России от 13.06.2019 г. №396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н». Дата обращения: 17.06.2022. URL: <https://minjust.consultant.ru/special/documents/document/44211>

Селянина М.Н., Максимова Н.Е. Бригадный метод оказания специализированной помощи детям раннего возраста // Психиатрия. 2018. № 2 (78). С. 55-63.

Селянина М.Н., Максимова Н.Е., Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Иванов М.В. Новые формы организационно-методического обеспечения медико-социальной реабилитации детей с психическими расстройствами в Твери и Тверской области // Психическое здоровье. 2015. № 9 (112). С. 11-17.

Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.

Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А., Ключник Т.П., Козловская Г.В. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017-2019 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 11. С. 79-86.

Снежневский А.В. Nosos et pathos schizopreniae // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. С. 5-15.

Сухотина Н.К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей. Сообщение // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. № 1. С. 75-80.

Сухотина, Н. К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей. Сообщение 2 / Н. К. Сухотина // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. № 2. С. 84-86.

Тукаев Р.Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотношении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 2. С. 69-77.

Adolescent mental health, WHO. 2018. Дата обращения: 17.06.2022. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Brugha T, Bankart J, McManus S, Gullon-Scott F. CDC autism rate: misplaced reliance on passive sampling? // Lancet. 2018. Vol. 392 (10149). P. 732-733.

Cui W, Yang Z. The Association between Exposure to Nature and Children's Happiness: The Diathesis-Stress or Differential Susceptibility Models? // Journal of Psychology. 2021. Vol. 155 (8). P. 755-768.

Fowles D.C. Schizophrenia – diathesis stress revisited // Annual Review of Psychology. 1992. Vol. 43. P. 303-336.

Gazelle H., Ladd, G.W. Anxious Solitude and Peer Exclusion: A Diathesis-Stress Model of Internalizing Trajectories in Childhood // Child Development. 2003. Vol. 74 (1). P. 257-278.

Giel, R., de Arango, M. V., Climent, C. E., Harding, T. W., Ibrahim, H. H., Ladrado-Ignacio, L., Murthy, R. S., Salazar, M. C., Wig, N. N., & Younis, Y. O. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative study on strategies for extending mental health care // Pediatrics. 1981. 68 (5). P. 677-683.

Gillberg C. ESSENCE-Q (Questionnaire). University of Gothenburg, 2012. Дата обращения: 17.06.2022. URL: <https://www.gu.se/en/gnc/gncs-resources/screening-questionnaires/essence-q-screening-questionnaire>

Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations // Research in Developmental Disabilities. 2010. Vol. 31 (6). P. 1543-1551

Grant K., McMahon S. Conceptualizing the role of stressors in the development of psychopathology. In B.L. Hankin, J.R.Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. SAGE Publications, Inc. 2005. P. 3-31.

Ingram R.E., Luxton D.D. Vulnerability-Stress Models. In B.L. Hankin, J.R.Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. SAGE Publications, Inc. 2005. P. 32-46.

Jolicoeur-Martineau A., Belsky J., Szekely E., Widaman K.F., Pluess M., Greenwood C., Wazana A. Distinguishing differential susceptibility, diathesis-stress, and vantage sensitivity: Beyond the single gene and environment model // *Development and Psychopathology*. 2020. Vol. 32 (1). P. 73-83.

Kendler K.S. A Prehistory of the Diathesis-Stress Model: Predisposing and Exciting Causes of Insanity in the 19th Century // *American Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 177 (7). P. 576-588.

Koch S.V., Andersson M., Hvelplund C., Skovgaard A.M. Mental disorders in referred 0–3-year-old children: A population-based study of incidence, comorbidity and perinatal risk factors // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2021. Vol. 30 (8). P. 1251–1262.

Kogan M.D., Vladutiu C.J., Schieve L.A., Ghandour R.M., Blumberg S.J., Zablotsky B., Perrin J.M., Shattuck P., Kuhlthau K.A., Harwood R.L., Lu M.C. The Prevalence of Parent-Reported Autism Spectrum Disorder Among US Children // *Pediatrics*. 2018. Vol. 142 (6). P. e20174161.

Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J., Washington A., Patrick M., DiRienzo M., Christensen D.L., Wiggins L.D., Pettygrove S., Andrews J.G., Lopez M., Hudson A., Baroud T., Schwenk Y., White T., Rosenberg C.R., Lee L.-C., Harrington R.A., Huston M., Hewitt A., Esler A., Hall-Lande J., Poynter J.N., Hallas-Muchow L., Constantino J.N., Fitzgerald R.T., Zahorodny W., Shenouda J., Daniels J.L., Warren Z., Vehorn A., Salinas A., Durkin M.S., Dietz P.M. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016 // *MMWR Surveill Summ*. 2020. Vol. 69 (4). P. 1-12.

Malhotra S., Patra B.N. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in India: a systematic review and meta-analysis // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014. Vol. 8. P. 22.

Mann J.J., Wateraux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // *American Journal of Psychiatry*. 1999. Vol. 156 (2). P. 181-189.

Mariño M.C., Ageitos A.G., Alvarez A.J., Del Rio-Garma M., Cendón C.G., Castaño A.G., Nieto J.P. Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in Pediatric Primary Care // *Anales de Pediatría*. 2018. Vol. 89 (3). P. 153-161.

Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *American Psychologist*. 1962. Vol. 17 (12). P. 827-838.

Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009. Vol. 11 (1). P. 7-20.

Monroe S.M., Simons A.D. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders // *Psychological Bulletin*. 1991. Vol. 110. P. 406-425.

Mrazek P.J., Haggerty R.J. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: The National Academies Press (US), 1994.

Pierce K, Gazestani VH, Bacon E, Barnes CC, Cha D, Nalabolu S, Lopez L, Moore A, Pence-Stophaeros S, Courchesne E. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months // *JAMA Pediatr*. 2019;173(6):578-587. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0624>

Rødgaard E., Jensen K., Vergnes J., Soulières I., Mottron L. Temporal Changes in Effect Sizes of Studies Comparing Individuals With and Without Autism: A Meta-analysis // *JAMA Psychiatry*. 2019. Vol. 76 (11). P. 1124-1132.

Shaw K.A., Maenner M.J., Baio J., Washington A., Christensen D.L., Wiggins L.D., Pettygrove S., Andrews J.G., White T., Rosenberg C.R., Constantino J.N., Fitzgerald R.T., Zahorodny W., Shennoda J., Daniels J.L., Salinas A., Durkin M.S., Dietz P.M. Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years – Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Six Sites, United States, 2016 // *MMWR Surveill Summ*. 2020. Vol. 69 (3). P. 1-11.

Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and management of autism spectrum disorders in Russia: Clinical-biological approaches // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. Vol. 49 (9). P. 3906-3914.

Simashkova N.V., Ivanov M.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Zozulya S.A., Sharlay I.A. Epidemiological Screening for the Risk of Mental, Behavioral and Developmental Disorders, Including Autism, in Early Childhood: Data for Russia 2017–2019 // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022 Apr 10.

Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Boksha I.S., Ivanov M.V., Iakupova L.P. Approccio differenziato nei riguardi di pazienti di età infantile con disturbi dello spettro autistico in Russia // *Autismo e disturbi del neurosviluppo*. 2022. Vol. 20, n. 2. P. 113-124.

Skovgaard A.M. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study // *Danish Medical Bulletin*. 2010. Vol. 57 (10). P. B4193.

Spielman A.J., Caruso L.S., Glovinsky P.B. A behavioral perspective on insomnia treatment // *The Psychiatric Clinics of North America*. 1987. Vol. 10 (4). P. 541-553.

Valla L., Wentzel-Larsen T., Hofoss D., Slinning K. Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: Results from a regional population-based longitudinal study // *BMC Pediatrics*. 2015. Vol. 15. P. 215.

Vasileva M., Graf R.K., Reinelt T., Petermann U., Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021. Vol. 62 (4). P. 372–381.

Verhulst F.C., Tiemeier H. Child psychiatric epidemiology: Stars and hypes // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2015. Vol. 24 (6). P. 603-606.

von Klitzing K., Döhnert M., Kroll M., Grube M. Mental disorders in early childhood // *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015. Vol. 112 (21-22), 375–386.

Zablotsky B., Black L.I., Blumberg S.J. Estimated prevalence of children with diagnosed developmental disabilities in the United States, 2014-2016 // *NCHS Data Brief*. 2017. Vol. 291. P. 1-8.

Приложение

**Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска
возникновения нарушений психического развития
у детей раннего возраста**
(М.В. Иванов, Н.В. Симашкова, Г.В. Козловская)¹

Ф.И.О. родителя _____

Ф.И.О. ребенка _____

Возраст ребенка _____ Дата заполнения _____

Инструкция. «Если Вы наблюдали (или не наблюдали) у своего ребенка нижеописанное поведение, выберите соответствующий ответ: «да», «нет», «затрудняюсь ответить».

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1	Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со второго месяца жизни)?			
2	Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со второго мес. жизни?			
3	Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни?			
4	Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители?			
5	Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно?			
6	Тянулся ли ребенок на руки матери, или другим близким, радовался пребыванию на руках?			

¹ Источник: Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика). В кн.: Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М., 2018. С. 212-221.

РАННЕЕ ДЕТСТВО

7	На первом году жизни, в период бодрствования, ребенок НЕ требовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивно лежал, не реагируя на окружение)?			
8	Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.?			
9	Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт?			
10	Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.?			
11	Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам: – удерживает головку – с 2 мес., – сидит – с 6 мес., – ползает – с 8 мес., – ходит без поддержки – с 12-14 мес.			
12	Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам? – агуканье – с 1 мес. – гуление – с 2-3 мес. – лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес. – первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) – к 1 году.			
13	Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни: нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы? не связанные с физическим заболеванием (имеющееся подчеркнуть)			
14	Использует ли ребенок указательный жест?			
15	Умеет ли ребенок пить из чашки?			

16	Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне»), после года?			
17	Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)?			
18	Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенный тон взрослых и др.)?			
19	Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)?			
20	Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»?			
21	Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужное подчеркнуть).			
22	Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли), как игрушками, предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.?			
23	Есть ли предметы (игрушки) с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)?			
24	Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные / вертикальные), однообразно возит, катает предметы (игрушки)?			
25	Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один?			
26	Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам?			
27	Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения?			
28	Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)?			

РАННЕЕ ДЕТСТВО

29	Есть ли у ребенка однообразные движения (grimасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)?			
30	Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные проявления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако, сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)?			
31	Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни?			
32	Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета?			
33	Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: (проходящие косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, «ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистями рук? (имеющееся подчеркнуть).			
34	Используете ли Вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)?			
35	Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера: - до 0,5 часа, - более 0,5 часа. (нужное подчеркнуть)			

Подсчет результатов.

Специалистом проводится подсчет совпадений ответов с ключом методики.

Ключ методики:

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	нет	13	да	25	да
2*	нет	14	нет	26	нет
3	нет	15	нет	27*	да
4	нет	16	нет	28*	да
5	да	17	да	29*	да
6	нет	18*	да	30	да

7	нет	19	нет	31	нет
8	нет	20	да	32	нет
9	нет	21	Облизывает, обнюхивает	33*	да
10	нет	22	да	34	да
11*	нет	23	да	35	Более 0,5 ч
12*	нет	24*	да		

Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии со следующими нормативами:

– при совпадении 1 ответа на вопросы, отмеченные звездочкой – «*» в ключе методики, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру детскому, медицинскому (клиническому) психологу.

– при совпадении 4 и более ответов на вопросы с ключом методики (не отмеченные – «*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру детскому. В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др.

Результаты анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии.

Глава 2

М.А. Калинина, Г.В. Козловская

Клиническая феноменология психических расстройств раннего детского возраста

Несмотря на многочисленные исследования и достижения ученых по диагностике, изучению подходов к профилактике и лечению отклонений в психическом развитии, большое количество публикаций в настоящее время содержит обращения к научной общественности о необходимости решения проблем психического здоровья, начиная с раннего возраста.

Данная глава посвящена результатам работы по изучению особенностей психопатологии в раннем детском возрасте. Исследование проводилось сотрудниками Научного Центра психического здоровья с 1983 года по инициативе академиков Снежневского А.В. и Вартапяна М.Е. и продолжается по настоящее время.

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, во всем мире от 10 до 20% детей (ВОЗ, 2003) и подростков страдают психическими расстройствами (Волошин В.М., 2002, Козловская Г.В., 2007, 2021, Симашкова Н.В., 2020; Kessler et al., 2007, Copeland W.E. et al., 2015, Arango C. et al., 2018, Healy C., et al, 2022). Распространенность психических расстройств среди детей 1-5 лет достигает 16–18%, при этом примерно половина из них страдает тяжелыми формами заболевания (von Klitzing et al, 2015; Bitsco R.H. et al., 2022). Похожие данные были получены нашими сотрудниками при проведении эпидемиологического исследования.

Известно, что истоки значительного числа психических заболеваний лежат в детском возрасте, преимущественно, в раннем онтогенезе ребенка, когда закладывается основа его личности и здоровья в целом. Причем, расстройства психического здоровья оказывают глубокое влияние на все аспекты здоровья. И если вовремя эти расстройства не лечить, психические расстройства детского возраста окажут серьезное негативное влияние на развитие детей и их способность вести длительную здоровую, продуктивную и полноценную жизнь (Lyons-Ruth et al., 2017). Высокими оказываются личные, социальные и экономические издержки в связи с проблемами психического здоровья, включая медицинские

и образовательные услуги (Vor et al., 2004), поэтому организация психиатрической помощи, начиная с периода раннего детства, кроме профилактического, гуманистического значения имеет определенный экономический эффект, а раннее начало лечебно-профилактической помощи предупреждает развитие более тяжелых форм психической патологии в старших возрастах и снижает уровень детской инвалидности.

Таким образом, текущие статистические данные указывают на тревожный уровень проблем с психическим здоровьем у детей и подростков. При этом, важно не упускать из виду, что предвестники проблем психического здоровья могут начаться уже в перинатальном периоде и раннем младенчестве (Robinson et al., 2008). Это делает перинатальный период, младенчество и возраст раннего детства важнейшим этапом для вмешательства с целью укрепления психического здоровья младенцев и детей младшего возраста (Robinson et al., 2008).

В основу проекта нашего научного исследования была положена концепция диатезов И.В. Давыдовского и А.В. Снежневского, как особых состояний, существующих в психофизическом статусе человека (преимущественно в первые годы жизни) в виде стигм, предшествующих клинически оформленному заболеванию (в том числе и психическому), и лежащих в основе начальной профилактики. Работа посвящена поиску предикторов одного из наиболее тяжелых психических заболеваний – шизофрении.

Поиск предикторов шизофрении имеет большую историю изучения. Более 40 лет существует концепция высокого риска по шизофрении (Mednick S.A., Mura E., Schulsinger F. et al., 1973, Marcus J., 1974, Fish B., 1977, 2005). Эта интегративная концепция объясняет развитие шизофрении, как взаимодействие между различными факторами индивидуальной восприимчивости, реактивности, и факторами риска окружающей среды.

В плане предложенной концепции проводилось исследование высокого риска по шизофрении – детей раннего возраста – потомства больных шизофренией родителей.

В 1985-1995 годы был проведен сплошной скрининг детской популяции детей первого года жизни отдельного района города Москвы. Было обследовано свыше 10000 детей.

Необходимо отметить факторы, усложняющие изучение психических отклонений у детей раннего возраста: незре-

лость психики, отсутствие речевых функций, развитого самосознания, представлений о самоощущениях, мозаичность, фрагментарность, кратковременность отдельных клинических проявлений, преобладание субклинических состояний, сочетание психической патологии с расстройствами психического развития. Поэтому использовались различные методы исследования, среди которых клинические методы были ведущими.

Проведенные исследования позволили сформулировать и описать шизотипальные симптомы и синдромы непроцессуального характера, складывающиеся в специфический симптомокомплекс, получивший название «шизотипического диатеза» (ШД).

В основе клинической картины шизотипического диатеза выделены четыре признака особенностей развития. Это дисгармония, дисрегулярность, дефицитарность и диссоциация, которые касаются как отдельных психических, так и неврологических, психологических и соматовегетативных функций всего организма. Все четыре признака характерны для всего периода раннего онтогенеза, начиная с первых месяцев жизни (Ануфриев А.К., Козловская Г.В., 1985, Козловская Г.В., Калинина М.А., 2013).

В структуре шизотипического диатеза, помимо перечисленных общих признаков недифференцированного диатеза, лежит комплекс специфических психоневрологических отклонений, характерных именно для ШД – дифференцированного диатеза или состояния высокого риска шизофрении.

Среди них – в числе психопатологических нарушений отмечаются форпост – симптомы психоза (рудиментарные проявления кататонических, бредовых расстройств, обманы восприятия, деперсонализационных расстройств) и непсихотические эпизоды неврозоподобных, аффективных нарушений, (страхи, двигательные навязчивости), и психопатоподобных расстройств уже на первом году жизни.

В связи с преобладанием предпочтительно соматовегетативного уровня реагирования, свойственного младенческому и первым годам онтогенеза, в клинике психических расстройств раннего возраста на фоне шизотипического диатеза отмечались нарушения сна и др., в виде частых пробуждений – сон волка, еда во сне, ночные страхи, так называемые младенческие крики, и др. (Шимонова Г.Н., 2014; Laganire C et al., 2022).

Страхи протопатического характера, аффект испытываемого ужаса во время сна или во время кратковременных просоночных состояний, так называемый «ночной террор», обнаруживались с первых месяцев жизни. Страхи эти сопровождаются пронзительными криками и двигательным возбуждением. По мнению Ph. Barker (1988), В. Vitello et. al. (1989), такие расстройства сна типичны для младенцев и малышей. К тому же, эти же страхи имеют тенденцию к сохранению их или рецидивированию в пре- и пубертатном возрасте.

Распространены у младенцев и такие страхи как боязнь прикосновения, страх манипуляций: стрижки волос, ногтей, обливания водой во время купания под душем и т.п., обусловленные нарушением сенсорной чувствительности.

Обнаруживались искажения пищевого поведения – отказ от груди, негативное поведение у груди матери, прием пищи определенного цвета, вида, запаха, неряшливость во время приема пищи, снижение аппетита, или и, наоборот, – прожорливость и поедание несъедобных предметов. Отмечены обильные срыгивания, привычные рвоты, отказ от жевания, еда только жидкой пищи из бутылочки, удерживание пищи во рту.

Одновременно с нарушением пищевого поведения отмечались и различные другие дисфункции в виде искаженных реакций на малейший микроклиматический дискомфорт и внешние раздражители. Возникали разнообразные пищевые дисфункции. Это могли быть расстройства стула на протяжении первого года жизни, которые расценивали как проявления дисбактериоза. Вместе с тем лабораторные исследования не обнаруживали патологических изменений микрофлоры. Дети длительно и безуспешно получали специфическое лечение без заметного успеха, тогда как описанные выше расстройства спонтанно уменьшались или переходили в фазу обострения при изменении психического состояния.

В соответствии с теорией объектных взаимоотношений Д.Н. Оудсхоорна (1993), можно предположить, что ребенок плачет не потому, что порой недоволен, а потому, что не может разграничить соматические ощущения и эмоции. В такой ситуации у ребенка сохраняются определенные ассоциации между болью и гневом, голодом и печалью, физическим ощущением и чувством неудовлетворенности. Такой фонomen можно рассматривать как детский вариант проявления феномена «алекситимии», при котором пациент не способен

выразить в словах свои психические переживания. У таких детей в более старшем возрасте чаще всего выявляются различные психосоматические синдромы.

Менее частыми, но порой не менее мучительными бывают кожные функциональные проявления в виде экссудативного диатеза, атопических дерматитов, экзем. Самые первые проявления в таких случаях начинаются в период младенчества, нередко сочетаясь с дисбактериозом, а также с самого раннего возраста – с нарушения поведения или настроения. Протекать могут длительно с периодическими, чаще сезонными обострениями. При этом, на первый план выступают соматовегетативные проявления, которые поддаются лечению только при комплексной терапии психических и соматических расстройств.

Изучена была также группа расстройств, так называемых функциональных кардиопатий, которые протекают с выраженными психическими отклонениями различного типа: при состояниях высокого риска по шизофрении, эндогенных депрессиях, симптоматической эпилепсии и транзиторных невротоподобных нарушений на фоне церебрально-органической недостаточности, а также – в динамике конституциональной гипертимии. Пик манифестации таких состояний колебался между 2-3 месяцам и 1,5 годами жизни (Северный А.А с соавт., 1999; Калинина М.А. с соавт., 2015).

Типичными были искажения инстинктивно-волевой сферы, проявлявшиеся в виде снижения и искажения инстинкта самосохранения – безрассудности (отсутствие страха высоты, инстинктивного «чувства края», движущегося транспорта, крупного животного) и одновременно избыточной боязливости привычных вещей – страх определенных игрушек, изображения в зеркале, пятен на стене и др., аниматоров в костюмах сказочных героев. Также отмечалась задержка формирования навыков опрятности и гигиены. Например, дефекация стоя, у стола или спрятавшись за шкаф, на ковер посреди комнаты, с отсутствием чувства брезгливости к загрязненному белью.

В неврологической сфере с первых месяцев жизни отмечалось искажение созревания неврологических функций, что проявляется в так называемых мягких нелокализованных неврологических знаках (Горюнова А.В., 1994, 1995; Шимонова Г.Н., 2014, 2018; Mednik S., 1968; Halayem S et. al., 2009).

Низкий мышечный тонус, который может сосуществовать с гипертонусом в одних и тех же группах мышц. Преходящие, мерцающие гемипарезы без четкой локализации, задержка редукции постуральных рефлексов. Нарушения перцепции, при которой также отмечается сосуществование гиперчувствительности и одновременное ее снижение, например, непереносимость прикосновений при пеленании и отсутствие реакции на климатический дискомфорт, нарушение пространственного праксиса (например, когда не локализует взглядом или жестом прикосновения к его телу) У младенца одновременно отмечается как гипердинамика – стереотипное двигательное возбуждение, так и апатичное лежание на спине в позе «лягушки или распятого».

В основе всех перечисленных дисфункций лежат нарушения моторного постурального развития, преобладание подкорковых регуляций, висцеральные дисфункции и нарушения сенсорных фильтров по Erlenmeyer-Kimling L. (2000).

В эмоционально-волевой сфере отмечалась дефицитарность реакций, слабость волевых побуждений, вычурность мотивов, амбивалентность действий, быстрая истощаемость и пресыщаемость волевых усилий и одновременно длительная фиксация на одних и тех же действиях.

Как известно, эмоциональные нарушения в детском возрасте являются одними из наиболее частых феноменов. Первые из них отмечаются уже с периода младенчества и продолжают в старших возрастах. Распространенность их в популяции составляет 0,6 % до 3 лет, 0,9% – к 4 годам (Козловская Г.В., 1995, 2021), в общей популяции, по сведениям разных авторов – 10-30 % (H.Huessy,1990).

По механизму возникновения все эмоциональные нарушения можно подразделить на нарушения развития эмоций и на психопатологические, собственно аффективные нарушения, которые возникают на фоне нормального или отклоняющегося эмоционального развития. Хотя такое подразделение достаточно условно, но оно имеет смысл для проведения дифференциального диагноза болезненных состояний, встречающихся у детей, в особенности в период младенчества.

Нарушения развития эмоций могут проявляться, прежде всего, в запаздывании сроков появления основного проявления эмоционального реагирования детей – улыбки. Так, первая улыбка может появиться не на первом месяце жизни,

а гораздо позже. Другое нарушение – задержка появления комплекса оживления. В норме этот феномен состоит из триады компонентов: эмоционального – улыбки или смеха, голосового – вокализаций, а также двигательного в виде общего оживления. Переживая радость, ребенок смеется, пускает пузыри, гулит, энергично перебирает руками и ногами, а через некоторое время успокаивается. Комплекс оживления появляется обычно к 3-4 месяцам, а к 6 постепенно редуцируется. Обычно в старшем возрасте сохраняется эмоциональный компонент проявления радости – улыбка или смех.

При нарушениях развития такой комплекс либо отсутствует, либо изменена его формула. Чаще всего выпадает голосовой компонент, иногда улыбка, в таком случае положительные эмоции ребенка выражаются в хаотическом двигательном возбуждении на, казалось бы, индифферентном фоне. Нередко случается, что моторный компонент сохраняется на протяжении еще нескольких месяцев, в крайних случаях – и нескольких лет.

В ряде случаев наблюдается дефицитарность в проявлениях, как положительных, так и отрицательных эмоций. При недостатке обычно свойственной детям эмоциональной живости и непосредственности дети редко улыбаются, выглядят «непроницаемыми». Мимика у них маловыразительная. Младенцы не обижаются, не протестуют против неприятных манипуляций, могут спокойно лежать при пеленании или одевании, внешне никак не проявляя своего настроения.

С другой стороны, таким же нарушением является и редкость негативных эмоций. Например, ребенок 7-8 месяцев не реагирует на появление постороннего человека, сохраняя хорошее настроение, не проявляя никакой осторожности или боязни. Ребенок 4-5 месяцев, как правило, уже может инициировать контакт со взрослым, и обижается, когда взрослый внезапно оставляет его в момент игры. Отсутствие подобной реакции будет проявлением отклонения.

Следующей формой нарушения эмоций является длительная фиксация, ригидность ситуационно возникших отрицательных эмоций, плохое настроение. Это может быть, как проявлением аффективных нарушений, так и проявлением патологических черт характера.

Неадекватность эмоциональных реакций и их парадоксальность, нарушения синтонности проявляются в виде их чрезмерной кратковременности и истощаемости, отсутствии

ответной улыбки, в повышенной возбудимости в виде бурных реакций недовольствия и капризности в ответ на предъявление игрушки или теста и т.п. Прежде всего, это связано с нарушением формирования эмоционального резонанса. В первые два года жизни это проявляется в виде нарушений взаимоотношений ребенка с матерью, а в дальнейшем – с посторонними людьми, сверстниками. Такие нарушения в свою очередь тесно связаны с проявлениями протодиакризиса, или недостаточного различения живого и неживого, а также с трудностями ориентировки в игровой ситуации. Для таких детей типичными были безмятежная однообразная, как бы застывшая улыбка, или на фоне бедной мимики вдруг проскальзывавший заинтересованный взгляд, зафиксировавшийся на случайном, но интересном для ребенка объекте.

Состояния дистимии, плохое настроение, наблюдались у детей с раннего возраста. Для них была характерна крайне выраженная неустойчивость настроения, быстрые переходы от хорошего настроения к слезам и капризности, недовольству, плачу, упрямству. Иногда возникали и агрессивные тенденции – щипание, кусание, царапанье себя или близких. Колебания настроения наблюдались на протяжении всего дня без четкой тенденции к циркадности аффективных расстройств. Нередко настроение бывает плохим после периода сна, дневного или ночного. Подобные нарушения настроения были характерны для детей группы высокого риска (ГВР) по шизофрении.

На этом фоне отмечались эмоциональные колебания в виде субдепрессивных реже гипоманиакальных, дисфорических, чаще монотонных, малоэмоциональных невыразительных состояний. Общий фон настроения депримируемый. Такие дети редко улыбаются, не умеют смеяться (Калинина М.А., Королева Т.Н., Козловская Г.В., 1997; Голубева Н.И. 2014).

В рамках ШД у детей слабо формируется система дифференцированной привязанности. Нередко система носит неадекватный характер – отказ от общения с матерью в диаде и в триаде (предпочтение отца) и одновременная патологическая симбиотическая связь с матерью. Часто привязанность направлена на неодушевленный предмет – старая игрушка, прутик, веревочка.

Коммуникации (общение) также носят неадекватный, сглаженный характер. С первых месяцев жизни у детей из ГВР

и с ШД отмечаются аутистические черты в общении. Это редкий глазной контакт, взгляд мимо, псевдослухота и псевдослепота. Ребенок не смотрит в глаза, не тянется на руки к матери. У него отсутствует коммуникативная функция речи. В связи со слабым ротовым вниманием у него поздно появляется речевое подражание речи взрослого.

Имели место вычурные страхи – дерева, знакомых людей, определенного цвета игрушек, звуков, пищи, анимационных игрушек. Страхи усложнялись и видоизменялись по мере взросления детей. С 3-4 лет отмечались фобии фантастического содержания (страх Бабы-Яги), иногда с визуализацией страхов. Игры детей носили сверхценный характер (например, фиксация на протяжении ряда лет одной и той же фабулы игры). В ряде случаев возникало бредоподобное фантазирование с периодами полного перевоплощения в игровые образы, с элементами галлюцинаций воображения и принятием родных, несколько изменивших свой внешний вид (шляпа, очки), за сказочных героев. С раннего возраста, отчетливо старше 1 года жизни можно было выявить ритуальное поведение, связанное со страхами, и носившее форму избегания пугающего явления.

Важная особенность, которая дает основания для отнесения расстройств к диатезу это – кратковременность и эпизодичность проявлений, их слабая выраженность, моносимптомность, повторяемость клинической картины, отсутствие влияния на процесс развития, и в то же время определенная фазность и сезонность проявлений.

Критериями трансформации психического состояния ребенка, и начала шизофрении, по нашим наблюдениям, свидетельствуют продолжительность психопатологического эпизода, острота, нарастание полиморфизма симптомов, ундулирующий тип динамики, регресс в психоречевом развитии, нарастание дефицитарности и диссоциации психических функций, и наконец формирование специфического дефекта личности.

Катамнестическое наблюдение показало, что со временем, у большей части пациентов, если не было прогрессивности симптомов, и начала эндогенного заболевания, отмеченные нарушения сглаживались. Более 2/3 детей поступали в школу, успешно учились, социально адаптировались. В целом, с учетом пациентов с симптомами малопрогрессирующей

шизофрении в состоянии ремиссии, к пубертатному и юношескому периоду психическое состояние более половины наблюдаемых оценивались как практическое здоровье.

Клиника развернутого клинического состояния детского аутизма достаточно хорошо известна, и по нашим наблюдениям не отличалась от известных в литературе. Можно только отметить, что среди всех наблюдений преобладал регрессивный тип динамики с относительно благоприятным периодом развития в раннем возрасте, и критическим началом аутистических нарушений. При этом, в первые месяцы жизни, предшествующие клинически значимым проявлениям заболевания, можно было проследить выраженные в той или иной степени симптомы шизотипического диатеза (ШД), которые сводились к общей дефицитарности, особенно в эмоциональной сфере, вегетативной дисрегуляции, чаще всего, ритма сон-бодрствование. Моторные навыки, как правило, заметно не отставали от возрастных нормативов.

Начало собственно аутистических нарушений отмечалось старше (по минованию) 1 года жизни. У большей части (70%) наблюдаемых симптомы аутизма проявлялись остро, в виде выделяемого регрессивного варианта аутизма. Развернутая клиническая картина нарушений складывалась из феноменов псевдоглухоты, тождества, избегания зрительного контакта, а также искаженного формирования игровой деятельности, приобретающей форму клише, манипуляций игрушками и неигровыми предметами. Наблюдалась ритуальная стереотипность бытового поведения в рамках феномена тождества (привязанность к ограниченному кругу игрушек, одежде, окружающей обстановке: определенной территории, маршрутам, избирательность в еде). В ряде случаев, когда состояние достигало особой остроты, поведение детей становилось малоуправляемым, обнаруживались дефицит внимания, эмоционально-волевые нарушения. Также появлялись страхи психотического уровня, первичные при овладении навыками опрятности, элементы нарушенного восприятия, бредоподобное поведение. Описанная симптоматика отличалась временными усилениями и послаблениями. В ряде случаев при нейрофизиологическом исследовании выявлялись признаки эпилептиформной пароксизмальности в виде вспышек «острая-медленная волна».

Дальнейшее проспективное наблюдение в течение 5-6 лет показало, что со временем уменьшается тяжесть боль-

шей части аутистических проявлений. В то же время, спустя 10-12 лет, и старше, часть симптомов оставалась. Дети по-прежнему сохраняли эмоциональную формальность, особенности мышления – конкретность, ригидность, бескомпромиссность, недостаточность чувства юмора. С задержкой относительно возраста (отставанием) возникали соответствующие социальные интересы, имели не типичный алгоритм развития волевые нарушения: пресыщаемость, психическая ригидность, крайняя нетерпимость к переменам.

В процессе изучения психопатологии раннего возраста проводилось исследование особенностей развития детей, оказавшихся в условиях различных форм психической депривации: социальной, сенсорной, эмоциональной, из условий нарушенной системы «мать-дитя».

Удалось выявить специфический депривационный симптомокомплекс, который также обнаружил ряд специфических особенностей и динамику расстройств. Это соматовегетативная, «матовая», и другого типа депривационные депрессии, двигательные нарушения в виде стереотипий компенсаторного характера в условиях недостаточного активизирующего влияния внешней среды, парааутистическое поведение, задержка психического и физического развития. В условиях хронической материнской депривации с рождения наблюдалось формирование дефицитарной личности с расстройством феномена привязанности, эмоционально-волевым дефицитом, инфантилизмом, симптомами социальной незрелости.

В отличие от эндогенных расстройств, депривационные нарушения поддаются коррекции. В первую очередь, при общении удается получить эмоциональный отклик у ребенка, вовлечь в социальные взаимодействия при нивелировке условий депривации.

Типичным для клинической картины был ограниченный спектр позитивных симптомов, в основном, в виде невротических расстройств (опасения, фобии, двигательные нарушения). С точки зрения негативных симптомов, при сохранении депривирующих условий отмечены личностные расстройства, в виде сглаженности личностных черт. Однако при создании благоприятных социальных условий происходит нивелировка депривационных расстройств, наступает положительная динамика в когнитивном развитии. В то же время, следует заме-

тить, что указанная положительная динамика касалась лишь частичного сглаживания депривационных отклонений. Важным дифференциальным диагностическим симптомом при отграничении от эндогенного процесса было также отсутствие специфических неврологических знаков кататонического характера в моторике и т.д.

Проведенные наблюдения позволяют сделать следующие выводы: раннее появление различных психопатологических феноменов может быть, как предвестником развития тяжелых форм психических заболеваний, таких как аутизм, шизофрения, так и одним из вариантов раннего развития, которое к пубертатному возрасту может переходить в практическое здоровье. В то время как форпост-симптомы кататонического уровня являются наиболее неблагоприятными в плане заболевания шизофренией и аутизмом.

В рамках концепции раннего вмешательства, считаем целесообразным раннее начало профилактических мероприятий – абилитационных и терапевтических. Это направление работы согласуется с действующими в России программами по улучшению психического здоровья матери и ребенка.

Литература

Ануфриев А.В., Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. Латвия, Рига. Т. 1. 1985. С. 224-227.

Горюнова А.В. Двигательные нарушения у детей из группы высокого риска по шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1994. Т. 94. № 3. С. 72-76.

Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине. Этиология. М.; Медгиз, 1962. 175 с.

Калинина М.А., Котляров В.Л., Козловская Г.В., Баз Л.Л., Крылатова Т.А. Особенности психических расстройств у детей с малыми аномалиями развития и нарушениями ритма сердца // Психиатрия 2015. № 4. С. 27-32.

Калинина М.А. Клинико-психопатологические исследования детей с расстройствами шизофренического спектра в отдаленном анамнезе. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17. № 4. С. 20-26.

Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013. Т. 4. № 60. С. 27-31.

Северный А.А., Баландина Т.А., Березницкая В.В., Борова А.И., Галигузова Л.Н., Галкина Н.С., Киреева И.П., Королева Т.Н., Самохвалова В.И., Солоед К.В., Шимонова Г.Н. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии) // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 4. С. 54-64.

Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А., Ключник Т.П., Козловская Г.В. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017—2019 гг.). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 11. С. 79-86.

Снежневский А.В. Клиническая психиатрия. Избранные труды. М.: Медицина. 2004. 272 с.

Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Калинина М.А. Вегетативный статус и его особенности у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018; 18 (3): 4-15. ISSN 2305-9133.

Copeland W. E., Wolke D., Shanahan L., E. J. Costello E.J. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study // JAMA Psychiatry. 2015 Sep; Vol. 72(9) P. 892-899.

Halayem S., Bouden A., Halayem M.B., Tabbane K., Amado I., M O Krebs MO. Neurological soft signs in pervasive developmental disorders. Encephale 2010 Sep; 36(4):307-13. doi: 10.1016/j.encep.2009.12.012.

Arango C., Diaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marin O., Elena Serrano-Drozdowskyj E., Freedman R., Carpenter W. Preventive strategies for mental health // Lancet Psychiatry. 2018 Jul; Vol. 5(7). P. 591-604.

Erlenmeyer-Kimling L. Neurobehavioral deficits in offspring of schizophrenic parents: Liability indicators and predictors of illness // American Journal of Medical Genetics; Special Issue: Genetics of Schizophrenia: 2000. Vol. 97 (1). P. 65-71.

Fish B., Kendler K.S. Abnormal infant neurodevelopment predicts schizophrenia spectrum disorders // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2005 Jun; Vol. 15 (3). P. 348-361.

Healy C., Brannigan R., Dooley N., Staines L., Keeley H., Whelan R, Clarke M, Zammit S., Kelleher I., Cannon M. Person-Centered Trajectories of Psychopathology From Early Childhood to Late Adolescence // JAMA Netw Open. 2022 May 2; 5(5):e229601.

Laganière C., Gaudreau H., Pokhvisneva I., Kenny S., Bouvette-Turcot A.A., Meaney M., Pennestri M.H. Sleep terrors in early childhood and associated emotional-behavioral problems // Journal of Clinical Sleep Medicine. 2022 Jun 10.

Bitsko R.H., Claussen A.H., Lichstein J. e. al. Mental Health Surveillance Among Children – United States, 2013-2019. // MMWR Supplements. 2022 Feb 25; Vol. 71 (2). P. 1-42.

Глава 3

Г.В. Козловская

Микropsихиатрия – новый раздел возрастной психиатрии

Охрана психического здоровья на современном этапе развития общества является одним из приоритетных направлений здравоохранения. Это связано с возрастанием интеллектуальных и психолого-деонтологических требований к психике человека, необходимых для решения актуальных проблем современной цивилизации. В то же время неуклонный рост нагрузок на психику создает ситуацию повышенного риска возникновения психических нарушений и, следовательно, необходимость поиска новых форм их предупреждения.

Эпидемиологические исследования детского населения в возрастном диапазоне от 0 до 14 лет, проведенные в разных регионах России и Москвы показали достоверный рост психической патологии в детском населении с 10 % в 80 гг. до 18-20 % к 2022 году (Козловская Г.В., 1995, 2002, 2021 и др.). Эти показатели совпадают с эпидемиологическим прогнозом по данным ВОЗ последних лет.

Приведенные факты обоснованно выдвигают психическое здоровье, в т ч детское, в актуальную социальную проблему, требующую срочных мер по предупреждению выявленной тенденции роста количества психических заболеваний в детском населении, в виде расширения известных и развития новых форм психопрофилактики и психогигиены.

Клинический опыт показывает, что многие психические болезни берут начало в раннем онтогенезе. В связи с этим приобретает особо важное значение развитие нового раздела возрастной психиатрии – психиатрии раннего возраста или микropsихиатрии, в отечественной терминологии.

Впервые понятие «микropsихиатрия» было введено в 1984 году на Всероссийском Пленуме Общества невропатологов и психиатров профессором А.К. Ануфриевым. В основу этого термина была положена концепция известных ученых, психиатра и психолога – В.В. Ковалева и Т. Braselton о рудиментарности, «микроскопичности» проявлений психических отклонений у детей первых лет жизни.

Микropsихиатрия возникла на стыке ряда смежных дисциплин – медицины, а также педагогики, психологии, социоло-

гии и других наук и насчитывает чуть менее века. Основу этой дисциплины с начала 20 годов XX столетия заложили выдающиеся отечественные и зарубежные неврологи и нейрофизиологи, психологи и психиатры – В.М. Бехтерев, Н.Н. Щелованов, И.Л. Фигурин, Л.С. Выготский, Н.М. Аксарина, Г.Е. Сухарева, Т.П. Симсон, L. Bender, A. Gezell, L. Kanner, A. Freud, L. Bond и наши современники – В.М. Башина, И.А. Козлова, Н.М. Иовчук, E. Anthony, L. Bond, B. Fish, M. Gean, A. Gezel, S. Grenspan, G. Lipton, S. Mednik, R. Minde, N. Richman, B. Stern и многие другие. В нашей стране этой дисциплине тоже насчитывается уже более 30 лет. В 1983 году по инициативе А.В. Снежневского и М.Е. Вартаняна и руководством М.Ш. Вроно и А.К. Ануфриева в НЦПЗ РАМН было создано первое в стране научное подразделение по изучению психопатологии у детей раннего возраста, то есть с периода младенчества и до 3 лет включительно.

Таким образом, микропсихиатрия это новый раздел возрастной психиатрии, курирующий психическое здоровье детей в возрасте от первых месяцев жизни до 3 лет, то есть раннее детство, или в англоязычном варианте – психиатрия младенцев и малышей (*Psychiatry Infansy and Psychiatry Toddlers*), в ряде случаев включающей и детей дошкольного возраста, до 5 лет и именуемой педопсихиатрией.

Научно-практические цели микропсихиатрии:

- диагностика начальных проявлений психической патологии в раннем возрасте; поиск факторов риска и антириска, предикторов и маркеров ранней патологии;
- разработка новых и возрастная адаптация, и оптимизация известных форм лечения и профилактики психических нарушений у детей раннего возраста
- разработка новых форм и повышение эффективности в целом охраны психического здоровья в раннем онтогенезе.

Отсутствие у ребенка первых лет жизни развитого самосознания, собственного социального опыта, речевых навыков, дифференцированных представлений о самоощущениях, не позволяют осуществить общепринятое психиатрическое обследование по традиционной схеме врач-больной. Однако оказалось возможным обследование ребенка опосредованно, через родителей, ближайших родственников, лиц, непосредственно общающихся с ребенком, путем специального наблюдения за его поведением в процессе осмотра во время

поликлинического приема, а также в домашних условиях, при взаимодействии ребенка с врачом, психологом, родственниками, взрослыми и детьми, в родительских диадах, триадах и референтных группах в спонтанном общении и в эксперименте.

Предметом изучения микропсихиатрии являются психические функции младенца и малыша в статусе и в развитии, в норме и патологии, для чего в мировой практике существует немало специальных методик. Сотрудниками группы психиатрии раннего возраста были разработаны ряд специальных методических средств обследования психофизического и психоневрологического состояния маленького ребенка. Это схемы психоневрологического и психопатологического обследования, эпидемиологические карты, стандартизованные количественные и качественные тесты вегетологического и эмоционального статуса ребенка. Для определения его психического развития разработана программа ГНОМ, тесты для выявления младенческой депрессии и нарушений формирования ранних личностных черт у детей из условий жестокого обращения и насилия, анкеты для взрослых из ближайшего окружения ребенка, специализированные протоколы для определения эффективности лечения психических нарушений в раннем возрасте и др.

С помощью перечисленных методик сотрудниками НЦПЗ группы по изучению психической патологии раннего детского возраста в комплексе с другими подразделениями Центра было изучено более 1000 детей и их семей, в том числе казанестически в течение более 15 лет – 500 человек.

В когорту наблюдения включались дети в возрасте от 0 до 3 лет жизни, направленные педиатрическими и психиатрическими службами. Это были дети с перинатальной энцефалопатией, дети из условий психической депривации – сироты, слепые, дети из условий физического насилия, дети из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям или потомством больных шизофренией родителей и другие дети с проблемами в психическом развитии и социальной адаптации.

Последние годы проводилось системное проспективное изучение психического здоровья беременных женщин и их последующего потомства с целью выявления роли системы мать-дитя и ее основных составляющих – материнского чувства, материнского поведения и других факторов, в психопатологии раннего возраста.

Исследование проводилось комплексно с использованием методов клинических – психопатологического и неврологического (в т. ч. вегетологического), а также генеалогического, эпидемиологического и параклинических – психологического, иммунологического, биохимического, электрофизиологического.

Исследовались ряд иммунологических показателей, в том числе уровни антител к фактору роста нервов (АФРН) и лейкоцитарной эластазы, а также ее ингибитора – альфа трипси-на (ЛЭ и АТ). Изучались и некоторые биохимические показатели – уровень перекисного окисления липидов ПОЛ другие.

Были изучены в возрастной динамике биотоки мозга, уровень постоянных потенциалов (УПП), кожно-гальваническая реактивность (КГР) и частота пульса (ЧСС) во сне и в бодрствовании и др.

Все перечисленные клинические и параклинические исследования проводились неоднократно на фоне различных состояний психического здоровья детей. Достоверность получаемых результатов проверялась статистическими методами.

Дети исследовались проспективно с первых месяцев жизни, а в когорте беременных женщин с антенатального периода. Родители, особенно в детско-родительской диаде, также обследовались психопатологически и психологически.

В основу исследования была положена гипотеза, сформулированная основоположниками направления ранней психиатрии А.В. Снежневским и А.К. Ануфриевым о том, что психические нарушения в младенчестве и в первые годы жизни, то есть в период раннего онтогенеза, должны быть принципиально аналогичными таковым у взрослых, с определенными возрастными особенностями.

В процессе многолетнего изучения психического здоровья детей раннего возраста были подтверждены гипотетические положения известных ученых и выявлены характерные для раннего возраста психические нарушения, определявшиеся уровнем расстройств – невротическим, органическим, включая и пароксизмальные проявления, психотическим, а также различными степенями умственного недоразвития и другими первазивными расстройствами, квалифицируемые, на уровне симптомов и синдромов, а ряде случаев и нозологически в соответствии с международными классификациями болезней.

Психические нарушения раннего возраста по клинической картине коррелировали с таковыми у детей более старшего возраста и у взрослых и проявлялись в виде традиционных реакций, состояний, фаз, форпост-симптомов процессуальных расстройств и самого процесса.

Кроме того, были выявлены и характерные особенности ранней психопатологии, которые сводятся к ряду определенных признаков.

Это спаянность с неврологическими нарушениями, сочетание с нарушениями психического развития, соответствие клинической картины возрасту или степени зрелости пораженной морфофункциональной системы, совмещение негативных расстройств (симптомов выпадения в виде задержек формирования или регресса функции) с позитивными нарушениями той же функции, транзитивность и рудиментарность клинических проявлений. Общий фон клинической картины болезни в раннем возрасте отличался преобладанием определенных нарушений, отвечающих степени созревания той или иной функции. В связи со сказанным наиболее частым оформлением психических нарушений в младенчестве и первые годы жизни являются – соматовегетативные дисфункции, нарушения психомоторики, а также дезадаптация поведения и социальных навыков, которые маскируют другие психические дисфункции – познавательные, эмоциональные, коммуникативные.

Еще одной важной особенностью ранней психопатологии является (как и всей патологии в педиатрии) широко распространенное ее проявление в виде так называемых диатезов или повышенной готовности к развитию тех или иных нарушений (заболеваний). В основу понятия диатеза вошли теоретические и научно-практические разработки учения о диатезах из общей патологии и психиатрии И.В. Давыдовского, А.В. Снежневского, С.Б. Семичева, D.E. Freedman, S.S. Kety, D. Rosenthal, P. Wender, F. Schulsinger, и продолженное А.К. Ануфриевым, А.Б. Смулевичем, С.Ю. Циркиным и др. Диатезы или состояния риска в психопатологии раннего возраста проявляются различными субклиническими, клиническими и параклиническими специфическими и неспецифическими маркерами угрожающих психических расстройств. Среди таковых известны – шизотипический диатез или состояние высокого риска шизофрении; невропатия или психовегетативный (невропатический) диатез – риск невротических и психосоматических

нарушений, депрессивный диатез – риск аффективной патологии, преимущественно депрессий, недифференцированный диатез, диатез соединительнотканной недостаточности и др. Состояния риска психической патологии в раннем возрасте касается и такого заболевания как эпилепсия, представленного в виде фебрильных или редких психомоторных приступов или повышенной пароксизмальной активности на ЭЭГ и нередко проявляющейся только в поведении.

В то же время, учитывая рудиментарность и транзитивность ранней психопатологии, указанное деление психических нарушений на состояния риска и клинически определенные нарушения условно. Нередко за мимолетными, быстро редуцируемыми расстройствами (например, форпост-симптомы шизофрении) скрывается начало текущего патологического процесса.

Эпидемиологический скрининг детской популяции раннего возраста выявил критические периоды возраста, то есть когда отмечается подъём психической болезненности. Это 7-8 месяцев, 16-18 месяцев и возраст 2,5-3 лет жизни. Отмечено преобладание мальчиков в группе патологии в 1,5-3 и более раз, и отсутствие таковой связи с полом в состояниях диатеза или в группе риска.

Выявлено распределение традиционных факторов риска в зависимости от возраста детей – рост с возрастом количества психосоциальных факторов, играющих провоцирующую роль в возникновении психопатологии и, напротив, уменьшение роли и количества психоорганических. В то же время патогенность психосоциального отрицательного воздействия играло свою значимую роль и в первый год жизни ребенка. Среди них выделены наиболее повреждающие психическое здоровье малыша. Это нарушение детско-родительских отношений особенно материнская депривация- истинная и скрытая, в рамках различных видов сиротства, а также другие типы психической депривации- сенсорная, эмоциональная, когнитивная и другие. В структуре материнской депривации были выделены наиболее значимые ее компоненты в периоде антенатального и раннего постнатального онтогенеза – это нежеланная беременность, нарушение материнского чувства и поведения, которые выступали не только как психогенный, но и формообразующий клиническую ответную картину фактор (Римашевская Н.В.)

В процессе проведенных научных исследований были выделены различные формы депрессивных расстройств, характерных для раннего и младенческого возраста – младенческая депрессия, варианты депривационной депрессии.

Важным результатом было выделение и других депривационных расстройств в частности синдрома сиротства в виде депривационной депрессии, депривационных стереотипий и депривационного аутизма у детей сирот, парааутизм (псевдоаутистических нарушений) у детей первых трех лет жизни, имеющего клиническое сходство с эндогенным аутизмом, но обратимого с помощью психологических коррекционных мероприятий. Описаны также синдромы нарушения психического развития в раннем возрасте в ситуации перманентного физического и сексуального насилия (как одного из вариантов психической депривации) в виде общей задержки психофизического развития, эмоциональных расстройств (ранней дистимии), нарушений системы привязанностей, искажения влечений. Выделены и психогенные последствия монотонии (однообразной перманентной психофизической нагрузки), в начале действия фактора в виде характерных депривационных нарушений, и в последствии – искажений формирования личности в сочетании с изменениями в иммунологическом статусе детей. В работах Северного А.А. с соавт. и Кузьменко Л.Г. с соавт. исследованы особенности ранней психопатологии при различных соматопатиях в частности пароксизмальной тахикардии и тимомегалии. И в том и другом случаях выявлена связь психической и физической патологии с аутоиммунными процессами, что по-видимому определило и характер психических нарушений (в виде их эндогенизации), сопровождающих данные соматогамии.

В группе высокого риска (ГВР) по шизофрении выделен специфический симптомокомплекс – шизотипический диатез (ШД) или клиническое выражение в раннем возрасте генетического носительства шизофрении (Козловская Г.В., 1995, 2013). В эту группу были отнесены пробанды больных родителей шизофренией или расстройствами «шизофренического спектра» в понимании этого термина авторами диатез-стресс теории возникновения, шизофрении. В соответствии с концепцией «единого психоза», его дискретности в виде переходных форм, в рамки шизофренического спектра включались психические нарушения с вероятностно единым патогенетическим

механизмом. Это все формы шизофрении, маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, шизоидия. Шизотипический диатез выявлялся уже на первом году жизни у 98 % пробандов. На втором – третьем годах у части детей выявились признаки психоза в виде недифференцированной (детский тип) шизофрении, число которых составило 34 %. В дальнейшем к 3-4 годам состояние этих детей определилось следующим образом – у 8 %, как злокачественная, непрерывная шизофрения с выраженным аутистическим синдромом; а также ранний детский аутизм, у 15 % детей выявилось состояние специфического дефекта с проявлениями пропфшизофрении и слабыми по степени, ундулирующими психотическими состояниями; 11 % составили случаи с малопрогрессирующей приступообразной шизофренией (неврозо- и психопатоподобные формы), с фрагментарными, полиморфными, продуктивными обострениями. У остальных детей к 7-10 годам в 39% случаев выявились признаки легкой шизоидии с отдельными проявлениями невротических и патохарактерологических изменений и 27% вышли в практическую норму.

ШД имеет характерные клинические признаки в виде: дизгармонии и дизрегулярности развития, проявляющихся в несоответствии физического и психического статуса ребенка его возрасту, а также отсутствия плавности и последовательности этапов развития, с периодами временных приостановок и относительного регресса с последующим позитивным скачком развития; имеет место дефицитарность всех психических функций – эмоциональных, волевых, коммуникативных, познавательных и других и, наконец, их диссоциация (расщепление), которая проявлялась в амбивалентности, парадоксальности и переслаивании отдельных частей структуры функции.

Выраженность ШД отмечена в виде трех степеней – отдельных стигм дисфункций, неврозоподобные и психопатоподобных нарушений и форпост симптомов психоза на фоне специфического диатеза.

Тяжесть нарушений у потомства не зависела от степени выраженности психической патологии у родителей. Большая корреляция риска заболеть шизофренией просматривалась во влиянии так называемой «генетической среды», в основе которой лежит материнский фактор не как носитель патологии, а как провоцирующий и мутационный. По образному

выражению E.J. Anthony «ребенок заболевает шизофренией на коленях больной матери».

При сопоставлении клинических психопатологических показателей ШД и результатов их параклинического исследования получены значимые корреляции между ними, имеющие прогностическое и диагностическое значение.

Психологическое тестирование психического развития детей с ШД показало своеобразную (тотальную по Fish B. – PDM) ретардацию, скачкообразность и дизгармоничность развития, искажение психических процессов в виде ряда психологических феноменов таких как расстройство внимания в форме его дефицита, селективности и симптомов Клооса (по А.К. Ануфриеву – аналогов обрывов мыслей у взрослых), псевдоглухоты и псевдослепоты; выраженной диссоциации психических функций, а также характер коммуникаций ребенка особенно в системе (диаде) мать-дитя в сочетании с поведением матери в этой системе по типу гротескной симбиотической связи в диаде, которые достоверно коррелировали с большей вероятностью развития шизофрении в анамнезе.

В структуре неврологического статуса в первые годы жизни у детей были выявлены так называемые псевдоневрологические, мягкие, нелокализованные знаки (Mednik S.) и показатели нестабильного вегетативного тонуса

Неврологические нелокализованные знаки по данным исследователей имели ремиттирующий характер. Их выраженность была связана с манифестацией процесса и часто предшествовала его клиническому выражению, как и пароксизмальная смена вегетологического тонуса с амфотонии на пара или симпатикотонию, а также характеризовалось высвобождением влияния стриарных систем, что проявлялось микрокататоническими стигмами – миоклониями лица, запинками в речи, походкой с опорой на пальцы, хореоподобными движениями, которые подтвердили данные В.Г. Колпакова и А.В. Корнетова о малых кататонических признаках как о ранних маркерах шизофрении.

Важность иммунологических исследований при шизофрении доказана накоплением фактов последнего времени, о существенных изменениях иммунной системы при шизофрении у детей и взрослых, в частности врожденного и приобретенного иммунитета, а также их взаимосвязи с клиническими характеристиками заболевания. Выявлено прогностическое

значение показателей ЭЭГ в виде наличия пачечной бета активности, с локализацией в лобных и височных отделах мозга, обнаруженной на ранних этапах онтогенеза. Диссоциированные паттерны УПП и КГР, так же, как и амбивалентная сенсорная гипер- и гипочувствительность (феномен Медника (Mednick)) имели достоверное различие представленности при текущем процессе, ШД и эндогенном аутизме.

Биохимические иммунологические параметры были также в зависимости от остроты процесса. Все перечисленные результаты имеют и научное и практическое значение, но еще больше проблем микропсихиатрии остаются не изученными.

Таким образом, подводя итоги сказанному необходимо отметить ряд главных положений микропсихиатрии.

Микропсихиатрия является молодой клинической дисциплиной в рамках возрастной психиатрии в целом.

В микропсихиатрии открывается возможность наблюдать за динамикой начальных проявлений психопатологии, их своевременном выявлении и лечении.

Микропсихиатрии принадлежит приоритет открытия новых форм психопрофилактики в том числе и первичной через изучение психосоциальной системы мать-дитя.

И наконец микропсихиатрия относится к разделу так называемой биологической психиатрии, она тесно связана с неврологией, психосоматикой, иммунологией и другими разделами общей медицины, что позволяет подойти ближе к пониманию этиологии и патогенеза психической болезни в целом.

Однако микропсихиатрия, как отдельная отрасль медицинской психиатрической помощи, до настоящего времени не сформирована. Многие вопросы этой новой и перспективной области возрастной психиатрии остаются открытыми и нуждаются в всесторонней поддержке как со стороны науки, так и государственного здравоохранения как реальная возможность эффективной охраны психического здоровья подрастающего поколения.

Литература

Ануфриев А.К., Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам / Материалы XI съезда невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. В 2 т. Т. 1. Рига. 1985. С. 224-227.

Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиологии). М.: Медицина, 1962. 237 с.

Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 48 с.

Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. № 2. С. 22-25.

Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013. № 4 (60). С. 27-31.

Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Иванов М.В. и др. Эпидемиология психических нарушений в раннем и дошкольном возрасте (от 0 до 5 лет включительно) на сплошном и выборочном контингенте в микропсихиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21. № 1. С. 4-13.

Колпаков В.Г., Рицнер М.С., Корнетов Н.А. и др. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. Новосибирск: Наука, 1985.

Кузьменко Л.Г., Козловская Г.В., Игнатьева О.Н. Особенности развития нервно-психической сферы у детей раннего возраста с тимомегалией // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2007. Т. 86. № 1. С. 57-62.

Римашевская Н.В. Психические расстройства и особенности развития у детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении: специальность 14.01.06 «Психиатрия»: автореф. дис... на соиск. уч. степ. канд. мед. наук. М., 1989. 21 с.

Северный А.А., Баландина Т.А., Березницкая В.В. и др. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии) // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9. № 4. С. 54-59.

Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.

Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophreniae // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. - М.: Медицина, 1972. С. 5-15.

Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза и ее истоки // Независимый психиатрический журнал. 1998. № 3. С. 5-8.

Anthony E.J., Koupernik C. The child in his family: Children at psychiatric risk. New York: Wiley. 1974.

Fish B. Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development // Schizophrenia bulletin. 1987. Vol. 13 (3). P. 395-409.

Fish B., Kendler K.S. Abnormal infant neurodevelopment predicts schizophrenia spectrum disorders // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2005 Jun; Vol. 15 (3). P. 348-361.

Freedman D.E., Kety S.S., Rosenthal D., Wender P., Schulsinger F. The significance of genetics in schizophrenia // American Journal of Psychiatry. 1972. Vol. 128 (11). P. 1464-1465.

Mednick S.A., Parnas J., Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86 // Schizophrenia bulletin. 1987. Vol. 13 (3). P. 485-495.

Глава 4

А.В. Горюнова, Ю.С. Шевченко

Актуальные вопросы психиатрии раннего детства

Путь развития психиатрии раннего детства связан непосредственно с клинической психиатрией детского возраста, педиатрией и психологией. Фундаментальные работы отечественных и зарубежных детских психиатров (Симсон Т.П. 1929, Гуревич М.О. 1932, Озерецкий Н.И. 1938, Сухарева Г.Е. 1926 и др.) заложили ее основы еще в 1929-1939 годы. Первоначально исследования проводились в условиях психоневрологических стационаров и представляли собой преимущественно описания клинической картины этих расстройств и лечения у детей. На следующем этапе были разработаны вопросы общей и частной психопатологии, наметилась систематика, а затем классификация психических расстройств и заболеваний, сформированы принципы психиатрической диагностики у детей и подростков (Сухарева Г.Е., 1974, Ковалев В.В., 1971, Ушаков Г.К. 1973). Но эти работы лишь косвенно касались проблем психопатологии раннего возраста.

Как принято в педиатрии, раннее детство охватывает младенческий период – с рождения до года и преддошкольный – с 1 года до 4 лет. И, естественно, развитие психиатрии раннего возраста невозможно представить без психологии раннего детства, с которой прослеживается тесная связь. Исследования педиатров, психологов, неврологов (Зеньковский В.В., 1924., Выготский Л.С., Эльконин Д.Б. (1960), Тонкова-Ямпольская Р.В., Аксарина Н.М и соавт. (1969), Пиаже Ж. (1969), Бауэр Т. (1979), Журба Л.Т. (1989) и др.) установили возрастные нормативы, закономерности раннего онтогенеза, факторы внешней среды, социального окружения, влияющие на развитие ребенка, без знания которых трудно разграничить норму и патологию. Теснейшим образом психиатрия раннего детства связана с эволюционной неврологией. В 1970–1980 годах вышли в свет руководства по детской неврологии Ю.А. Якунина и соавт. (1979), Л.О. Бадаляна и соавт. (1980), М.Б. Цукер (1978), Лебедева и соавт. (1980 г.) и др., но в них вопросы психопатологии раннего детства также не были представлены.

В последнее десятилетие психиатрия раннего детского возраста как направление отечественной клинической пси-

хиатрии вновь заявила о себе, теперь уже в системе практического здравоохранения. И это закономерно, так как все показатели эпидемиологических исследований указывают на значительный рост у детей числа психических заболеваний, инвалидов по психоневрологической патологии. Это не может не вызывать беспокойства, так как истоки многих психических заболеваний приходится на ранний детский возраст. На повестку дня вышла задача по организации системы раннего выявления и ранней комплексной коррекции нарушений в развитии ребенка. Большую роль в поиске эффективных решений этой задачи сыграли результаты экспериментальных психологических исследований НИИ коррекционной педагогики, Института психологии РАН, кафедр педиатрии РМАНПО, НИИ педиатрии РАН и МЗ РФ.

Сотрудниками этих учреждений (Лебединский В.В., Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др.) на методологическом уровне достаточно полно разработано психолого-педагогическое и коррекционно-развивающее направление помощи детям с дефектами речи, интеллекта, а также с нарушениями психического развития. Последнее десятилетие показало, что ранняя реабилитация-абилитация снижает степень инвалидизации и улучшает адаптацию и качество жизни этих детей в социуме.

В отечественной психиатрии в Москве и Санкт-Петербурге накоплен большой опыт клинических исследований психопатологии в раннем детском возрасте. В частности, в 1983 году в ВНЦПЗ АМН по инициативе академика А.В. Снежневского было организовано первое научно-практическое отделение по изучению психической патологии у детей раннего возраста, которое начало работать в детской поликлинике. В ходе популяционного исследования была изучена распространенность психической патологии в раннем возрасте, описаны начальные проявления психических нарушений, характерные особенности ранней психопатологии, факторы риска развития психических нарушений, роль материнской депривации и т.д. (Козловская Г.В., и соавт. 1989, 1991) и др. В Санкт-Петербурге в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева активно разрабатывалась феноменологическая психопатология раннего возраста (Микиртурмов Б.Е., 2001, Гречаный С.В., 2017), опубликованы клинические лекции по детской и подростковой психиатрии для профессионалов (Шевченко Ю.С., 2010, 2017).

Вместе с тем, проблемы диагностики, лечения и организации реабилитационной и психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с психическими расстройствами и заболеваниями в первичном звене здравоохранения оставались нерешенными.

В начале нового столетия наступило время, когда акцент, направленный на раннюю диагностику и коррекцию психических расстройств и нарушений развития именно в раннем возрасте, сместился на поликлинический уровень. В РФ вернулась государственная политика, нацеленная на укрепление психического здоровья детей и профилактику психических расстройств у детей (Макушкин Е.В. и соавт., 2015 г.). Об этом свидетельствуют приказы МЗ РФ об усовершенствовании педиатрической и психиатрической помощи детям раннего возраста. Последний принятый в этой области Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров» закрепил диспансеризацию психиатром детей в 2 года. Целью диспансеризации выдвинуты следующие задачи: выявление детей раннего возраста с психической патологией (ЗПМР, ЗППР, РАС); составление групп риска по формированию психической патологии (по семейной отягощенности, перинатальному анамнезу, жалобам родителей и клиническим симптомам и др.); организация медико-педагогической коррекции в первичном звене здравоохранения. Как следует из приказа, все заболевания нервной системы, в том числе и психические расстройства, до этого возраста остаются под наблюдением педиатра и невролога.

Перед психиатрией раннего детства этот приказ высветил ряд вопросов и задач, которые можно выстроить в несколько блоков: клинко-диагностические, классификационные, терминологические, междисциплинарные, межведомственные, организационно-методические.

Прежде всего, возникла кадровая проблема: во-первых, во многих регионах России нет детских психиатров, во-вторых, психиатры не знают психиатрии раннего детского возраста. В этой связи уместно вспомнить, что до 1971 года существовала специальность «психоневрология детского возраста». Разделение психоневрологии было вызвано необходимостью подготовки неврологов для диагностики заболеваний нервной системы в раннем возрасте, особенно ДЦП, диагностика и реабилитация которого запаздывала. Была организована систе-

ма преемственной помощи этим детям с первого года жизни, которую осуществляли неврологи, создан Всесоюзный Центр реабилитации ДЦП. Система преемственной помощи существовала и в психиатрической службе, но для детей с 4-х лет. В детских поликлиниках работали психоневрологи из ПНД. Такая ситуация сохраняется и теперь. В настоящее время психиатр из ПНД проводит консультации в детской поликлинике 3 раза в неделю, в том числе и 2-летних детей по направлению педиатров или по желанию родителей. По показаниям психиатр направляет ребенка на дообследование в кабинет раннего возраста НПЦ ПЗ ДиП им. Г.Е. Сухаревой. А далее для проведения психолого-педагогической коррекции ребенку с нарушениями развития родители вынуждены искать клиничко-коммерческие центры развития для детей раннего возраста. В детских поликлиниках такая реабилитационная поддержка не предусмотрена. Вместе с тем в психиатрической помощи нуждаются также дети со многими другими психическими расстройствами, возникающими в первые два года жизни. Так, дети, перенесшие перинатальную патологию, представляют собой группу риска по нарушениям развития, отставанию в созревании психических функций, т.е. психическому дизонтогенезу. Эти дети, несмотря на отсутствие выраженной неврологической патологии, нуждаются как в ранней диагностике этих отклонений, так и в реабилитационных мероприятиях. Кроме того, собственно психические заболевания и расстройства раннего возраста требуют своевременного выявления и коррекции. Среди причин общих нарушений развития в раннем детстве можно выявить следующие: последствия перинатального поражения ЦНС (церебральная ишемия, внутричерепная родовая травма, внутриутробное поражение плода, в том числе и внутриутробные инфекции и др.), наследственные заболевания обмена с поражением ЦНС, генетические и хромосомные синдромы и болезни, эндокринная патология, психолого-педагогические факторы. Таким образом, истоки многих психических заболеваний приходится на первые годы жизни ребенка. В клинической картине этих болезней на первый план нередко выступает неспецифическая задержка общего развития, а специфические симптомы, определяющие нозологию, скрыты за фасадом этой задержки и симптомами перинатальной патологии. В первые два года жизни неврологические симптомы перекрывают психические расстройства, которые становятся очевидными

к концу второго года жизни. Трудности диагностики психической патологии в раннем детстве связаны также с отсутствием речи и самосознания, спаянностью психической симптоматики с неврологическими расстройствами, нарушениями психического развития, кратковременностью отдельных психопатологических феноменов, их мозаичностью. Дифференциальный диагноз причин нарушений развития является необходимым в первые годы жизни ребенка для определения персонализированного подхода к фармакотерапии и выбора психолого-педагогической коррекции. Вопросы диагностики психической патологии в раннем возрасте и дифференциальной диагностики общих нарушений развития представляют серьезную задачу для педиатров и неврологов и требуют междисциплинарного подхода. Нередко для упрощения клинического диагноза врачи ставят статистический диагноз РАС без уточнения причин. В рамках первичного звена здравоохранения возникает диагностическое противостояние диагнозов неврологической и психиатрической компетенции.

Представляется несомненным, что специфика психиатрии раннего возраста требует в первичном звене практического здравоохранения именно «смежного» профессионала. Он может готовиться как из детских психиатров, так и из детских неврологов без ущерба для собственной базисной подготовки в рамках субспециализации «психоневрология раннего возраста» на кафедрах детской психиатрии Москвы и Санкт-Петербурга. Это будет способствовать не только ранней диагностике психических заболеваний, но и оперативному решению вопросов достоверной статистики и эпидемиологии детской психоневрологической патологии в раннем детстве без дублирования.

С нашей точки зрения, для улучшения службы ранней психиатрической помощи представляется важным решить следующие задачи: повысить уровень знаний педиатров и неврологов в области психиатрии раннего детства и обеспечить междисциплинарное взаимодействие. Педиатры и неврологи недостаточно знакомы с психопатологией детского возраста и нередко считают, как и родители, что нарушения возрастного психологического развития — это вопросы психологического консультирования, а не основание для психиатрического и психотерапевтического вмешательства. К сожалению, у многих молодых родителей сохраняются устойчивые стере-

отипы негативного отношения к психиатрам как к специалистам, представляющим опасность с точки зрения последствий «психиатрического учета» во взрослой жизни. Поэтому дети с психиатрической патологией, как правило, поступают на курацию к психиатру после 4 лет, когда эта патология становится очевидной для всех, а время ранней реабилитации упущено.

О классификации психических расстройств у детей раннего возраста

На сегодняшний день это крайне острый вопрос. В МКБ-10 места диагнозам психических расстройств у детей раннего возраста не нашлось, а диагноз «Задержка психического развития» и др. (шифры 314, 315, 317 по МКБ-9) были заменены на «Нарушения психологического развития» (F-80-89), куда вошли «Общие нарушения развития (ОНР)» (F-84). Эту рубрику составили аутизм (эндогенный) и гетерогенная группа других заболеваний с аутистиподобным синдромом, у которых различны нозология и подходы к лечению и реабилитации. В практической детской неврологии и психиатрии стала широко использоваться аббревиатура РАС – «Расстройства аутистического спектра» из МКБ-11, полный переход на которую запланирован ВОЗ с 2022 года до 2027 года. РАС стали ставить всем детям с задержками психоречевого развития без учета нозологии. Диагноз аутизм и РАС стали синонимами, что с клинической точки зрения неправомерно.

За рубежом для психиатрии раннего возраста существуют дополнительное руководство и классификации, в которых отражены не только клинические проявления. Важным результатом научно-практического внимания к этой теме явились Международные классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:O-3 и DC:O-3R), которые на русский язык не переводились и практически неизвестны нашим специалистам. Анализ этих классификаций дан Скобло Г.В. (2013) По-видимому, вопросы классификации и учета психических расстройств у детей раннего возраста должны решаться на основе этих классификаций, а также во взаимодействии с детскими неврологами, диагнозы которых могут быть использованы в форме дополнительных знаков к шифрам заболеваний в соответствии с рубриками

МКБ-11. На принципах этой классификации написана «Клиническая психиатрия раннего детского возраста (руководство для врачей)» (Микиртумов Б.Е. и соавт. 2001).

Остается серьезной проблемой неразработанность для первичного звена здравоохранения методологии ранней психолого-педагогической коррекции, ориентированной на удовлетворение образовательных, психологических и медицинских потребностей детей от рождения до 3 лет при установлении ОНР и членов их семей. Мы полагаем, что организация программ раннего вмешательства способна уменьшить вероятность отставания в развитии детей из групп риска и увеличит возможности их адаптации в будущем. Такие программы должны быть основаны на принципах семейной ориентированности, междисциплинарного и межведомственного взаимодействия. По-видимому, наступило время расширить функции кабинета здорового ребенка или организовать отделение медико-психологической помощи для детей раннего возраста с нарушениями развития и их семей в условиях детской поликлиники. Это еще 15 лет назад предлагал академик А.А. Баранов, зам. министра МЗ РФ, директор НЦЗД МЗ РФ.

Сохраняются актуальными и задачи в организации межпрофессионального взаимодействия. В настоящее время отсутствуют межведомственные стандарты, регламентирующие работу полипрофессиональных бригад в системе образования и социальной службы с участием детских психиатров, более того в немедицинских образовательно-коррекционных и социально-образовательных учреждениях для проблемных детей включение в работу детского психиатра является минимальным.

Важное место в системе первичного звена здравоохранения должно отводиться просветительской работе. Многие молодые родители, особенно имеющие единственного ребенка, не знают, на какие отклонения в его развитии и патологические симптомы стоит обратить особое внимание. В связи с этим, возрастает роль анамнеза, собранного у родителей, непосредственного наблюдения за поведением, игрой ребенка, анализом внутрисемейных взаимоотношений. Своевременное обращение к детскому психиатру, а также атмосфера полного доверия на приеме способствуют ранней диагностике психических расстройств и психолого-педагогической коррекции, снижают тяжесть психической патологии.

Важно отметить необходимость мультидисциплинарного подхода в обследовании ребенка первых лет жизни. Конечный результат психиатрии раннего возраста зависит от междисциплинарного взаимодействия специалистов разного профиля и разных министерств (педиатров, неврологов, психиатров, дефектологов, логопедов, психологов, педагогов, социальных работников). И здесь интегративная инициатива «снизу» нуждается в понимании и поддержке соответствующих министерств и ведомств, призванных заботиться не только об экономике собственных бюджетных средств, но и о детях с психическими расстройствами, для которых сохранение и создание преемственной службы лечебно-педагогической помощи жизненно необходимо. Трудность в решении этих вопросов отягощается дополнительными факторами: страх родителей перед психиатрами; активная деятельность (диктат) общественных организаций, направленная на отделение ОНР от психической патологии; реклама коммерческих учреждений; отсутствие разъяснительной работы со стороны медицинского сообщества, недостаток популярной литературы по проблемам воспитания и охраны психического здоровья детей и т.д.

Существует еще одна не менее актуальная задача: проблемы фармакотерапии. Стандарты лечения психических расстройств у детей раннего возраста не разработаны. По результатам научных исследований назначение медикаментозной терапии мы считаем необходимым. Вместе с тем основной упор в комплексной реабилитации в раннем возрасте направлен на психолого-педагогическую коррекцию с использованием развивающих и обучающих программ и на онтогенетически-ориентированную психотерапию, эффективность которой тем выше, чем в более раннем возрасте она начинается. Вопросы медикаментозной терапии психических расстройств у детей раннего возраста с учетом данных доказательной медицины и персонализированного подхода требуют отдельного рассмотрения.

Что касается научного аспекта психиатрии раннего возраста, то следует признать, что многие научные, в том числе диссертационные работы, базируются на синдромальном подходе МКБ-10 в ущерб традиционному отечественному этиопатогенетическому принципу в диагностике психических расстройств.

И еще одна важная задача, на которой необходимо остановиться: связь науки и практики. Многие важные разработ-

ки научных исследований не внедряются в практику. Обмен опытом и связи устанавливаются преимущественно благодаря личным контактам специалистов.

Таким образом, поставленные вопросы психиатрии раннего детства требуют привлечения широкого круга специалистов в разных областях медицины, психологии, педагогики, социального обеспечения. К настоящему времени хорошо зарекомендовала себя система неврологической помощи детям раннего возраста с поражением нервной системы, начиная с периода новорожденности. Однако лечебные мероприятия не всегда позволяют ликвидировать последствия повреждения ЦНС различного генеза, и ребенок нуждается в дальнейшей психиатрической и психолого-педагогической помощи. В психологии раннего детства разработаны методологические подходы к абилитации-реабилитации нарушений развития у детей, решению психологических проблем в семье, формированию родительно-детских отношений. К сожалению, они остаются в ведомственных рамках. Наступила необходимость создания государственной программы, способной сформировать системное развитие и взаимодействие различных направлений, которая поможет решить проблему психического здоровья детей и благополучия их семей, которая в современных условиях становится все более актуальной. Важность решения этой проблемы для общества невозможно переоценить.

Литература

Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. М.: Гос. Мед. Изд-во. 1929. С. 136.

Озерский Н.И. Психопатология детского возраста. Л., 1938.

Гуревич М. Психопатология детского возраста. М.: Гос. Мед. Изд-во, 1932

Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы). М.: Медицина. 1974. 320 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей- 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 560 с.

Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. С. 471.

Зеньковский В.В. Психология детства. М. Изд.Ц. «Академия», 1996, С. 348.

Выготский Л.С. Собр. Соч. в 6 т. Том 2. М.: Просвещение, 1982. С.136-139;

Выготский Л.С. Собр. Соч. в 6 т. Т. 4. М.: Просвещение, 1984. С. 81-87.

Эльконин Д.Б. Детская психология. М., 1960

Тонкова-Ямпольская Р.В., Мураенко Н.М., Фрухт Э.Л. Психофизиологические особенности детей раннего возраста. М.: ЦОЛИУВ, 1983. 16 с.

Аксарина Н.М. Развитие и воспитание детей раннего возраста. Л., 1965.

Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1969. С. 27.

Бауэр Т. Психическое развитие ребенка. М. 1979.

Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. М.: Медицина, 1979. С. 275.

Бадалян Л.О, Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, Здоров'я, 1980. С.528

Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. Изд. 2-е испр. и доп., М.: «Медицина», 1978. С. 461.

Лебедев Б.В., Барашнев Ю.И., Якунин Ю.А. Невропатология раннего детского возраста (руководство для врачей). Л., Медицина, 1981. С. 352.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф. 1997. С. 344.

Козловская Г.В., Скобло Г.В. Состояние психического здоровья детей раннего возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журн. невропатологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1989. Т. 89. № 8. С.1455-1461.

Козловская Г.В., Скобло Г.В., Горюнова А.В., Римашевская Н.В. Клинико-психопатологические аспекты пограничных психических расстройств в младенчестве // Журн. Невропатологии и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1991. Т. 91. № 8. С. 62-66.

Микиртумов Б.Е., Кощацев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста (руководство для врачей). СПб.: Питер, 2001. 256 с.

Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебное пособие. СПб., 2017. 96 с.

Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов //Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. 2-е изд., испр. и доп. М: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. С. 1122.

Макушкин Е.В., Байбарина, Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья в России // Психиатрия. 2015. № 4. С. 5-11.

Скобло Г.В. Анализ первых Международных классификаций нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 5. С. 4-9.

Глава 5

Ю.А. Разенкова

Методологические основы современных отечественных исследований в области ранней помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья

На протяжении многих лет в стенах Института коррекционной педагогики Российской академии образования (ИКП РАО) проводятся планомерные исследования, ориентированные на изучение взаимодействия и общения родителей с ребенком с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в целях последующего проектирования практико-ориентированных разработок для их психолого-педагогического сопровождения.

Следует отметить, что исследования по изучению взаимодействия или общения не новы для специальной психологии и коррекционной педагогики. Традиционно основной фокус большинства этих исследований ориентирован на изучение средств общения у детей с ОВЗ различных нозологических групп и разных возрастов. При этом взрослый в рамках этих исследований рассматривается как исключительное условие развития общения у ребенка, а его коммуникативная компетентность не подвергается анализу и предстает в самом совершенном и обобщенном виде. Инструментами изучения общения или коммуникации в большинстве случаев становятся искусственно созданные методы оценки.

Проектируя исследования иного порядка, мы исходили из того, что основными характеристиками общения выступают следующие положения: взаимная направленность действий взрослого и ребенка при общении; субъект-субъектная природа процесса общения; полноценное взаимодействие двух личностей, возникающее в общении (Лисина М.И., 1986). Для изучения общения выбирались ситуации естественного, «здесь и сейчас» общения взрослого и ребенка, а также домашние и иные видео-материалы, позволяющие в динамике проследить те или иные аспекты развития этого процесса у ребенка во взаимодействии с взрослым (Разенкова Ю.А., 2017).

В рамках проекта была предпринята попытка разработки процедуры оценки и анализа взаимодействия и общения родителей (в первую очередь, матери) и ребенка первых трех лет жизни с ОВЗ. Инструментом диагностики являлась видео-за-

пись процесса общения взрослого и ребенка с последующим ее анализом. Экспериментальным путем в процедуру оценки общения вносились дополнения и уточнения, структурные и содержательные изменения. Ее апробация была проведена на выборке из 245 детей первых трех лет жизни, из них 202 ребенка с ОВЗ и 43 ребенка типично развивающихся. В состав группы из 202 детей раннего возраста с ОВЗ входили 40 детей в возрасте от 3 до 14 месяцев жизни с диагнозом «ретинопатия недоношенных» V стадии (23 мальчика и 17 девочек; 25 детей этой группы воспитывались в семье, 15 – в доме ребенка); 44 ребенка в возрасте от 14 месяцев до 3 лет с синдромом Дауна (25 девочек и 19 мальчиков; 27 детей этой группы воспитывались в семье, 17 – в доме ребенка); 118 детей в возрасте от 4 месяцев до 2 лет с органическим поражением ЦНС (68 девочек и 50 мальчиков; 37 детей воспитывались в семье, 81 – в доме ребенка). Результаты апробации показали, что предлагаемый диагностический инструмент и процесс оценки взаимодействия и общения близких взрослых и ребенка раннего возраста с ОВЗ и/или инвалидностью, дает возможность осмысления и описания проблем взаимодействия и общения; оценки динамики изменений; оценки результатов применения технологий по предупреждению и преодолению трудностей в общении близких взрослых и ребенка (Разенкова Ю.А., 2017; Айвазян Е.Б., Кудрина Т.П., Одинокова Г.Ю., Орлова Е.В., Разенкова Ю.А., 2018).

В ходе планирования научной работы в конце 90-х годов XX века в стенах ИКП РАО были выделены две магистральные линии исследований:

– первое направление было связано с изучением общения ухаживающих взрослых с детьми-сиротами с ОВЗ с последующим проектированием технологий помощи;

– второе направление было представлено исследованиями общения близких взрослых (матерей) с детьми раннего и дошкольного возраста с ОВЗ с последующей работой над основными положениями научно-методического подхода и технологиями психолого-педагогического сопровождения.

В рамках первого направления исследований изучалась феноменология общения (взаимодействия) детей-сирот раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья с ухаживающими за ними взрослыми с последующим проектированием, апробацией и внедрением комплекса педагогиче-

ских мероприятий, направленного на практическое обучение воспитателей домов ребенка личностно-ориентированному взаимодействию с младенцами-сиротами, имеющими отставание в психомоторном развитии (Выродова И.А., 2009).

В рамках проведенных исследований по изучению поведения ухаживающих взрослых во взаимодействии с ребенком-сиротой младенческого и раннего возраста с отклонениями в развитии впервые было выявлено содержание и проанализированы особенности представлений воспитателей о профессиональной деятельности и младенцах-сиротах, описана феноменология взаимодействия ухаживающих взрослых с детьми при разной глубине отставания в психомоторном развитии. Показано, что к факторам, лежащим в основе общения взрослых с воспитанниками, относятся приоритеты профессиональной деятельности воспитателей, их представления о профессиональной деятельности и детях, уровень владения умениями общения с младенцами-сиротами. Полученные данные позволили разработать комплекс мероприятий по развитию личностно-ориентированного взаимодействия ухаживающих взрослых и детей-сирот в условиях дома ребенка.

Последующее развитие этого направления исследований позволило описать варианты общения воспитателя дома ребенка и ребенка-сироты раннего возраста с ограничениями в состоянии здоровья; разработать подход и технологии предупреждения и коррекции неблагополучия в их взаимодействии (Разенкова Ю.А., 2017).

В настоящее время на основе разработанного подхода по преодолению трудностей общения ухаживающих взрослых и детей-сирот проводятся исследования, дающие возможность изучить, описать и систематизировать феноменологию общения детей-сирот с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) и глубокой степенью умственной отсталости с ухаживающим персоналом в Центрах содействия семейному воспитанию, выявить потенциальные возможности наиболее сложной и мало изученной категории детей в общении со взрослыми; разработать психолого-педагогический комплекс мер, направленный на изменение представлений и коммуникативного поведения ухаживающего за детьми персонала (Груничева С.И., 2020; Мещерякова И.А., 2020).

В рамках второго направления исследований в 2000-2022 годы был спланирован и реализован цикл эксперименталь-

ных исследований, в которых на нескольких категориях семей с детьми с ОВЗ (семьи, воспитывающие детей раннего возраста с синдромом Дауна; семьи, воспитывающие слепых детей первых трех лет жизни; семьи, воспитывающие детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС) была доказательно представлена возможность изменения коммуникативного поведения близких взрослых в целях обеспечения условий для продуктивного развития общения и психического развития ребенка в целом.

Так, в ходе экспериментального изучения общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна (в эксперименте приняли участие 57 пар «мать – ребенок раннего возраста с синдромом Дауна») была выявлена и описана феноменология вариантов развития общения матерей и детей раннего возраста с синдромом Дауна. Выделены и описаны благоприятный и неблагоприятный варианты общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна, различающиеся как особенностями развития общения ребенка, так и характеристиками поведения матери при взаимодействии с ним. Показано, что неблагоприятный вариант развития общения в паре соотносится с более глубоким отставанием в психическом развитии ребенка. Создан комплекс педагогических мероприятий, направленных на преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна. Впервые детально была представлена особая форма работы – обучение матери коммуникативным умениям с использованием анализа видеоматериалов ее собственного взаимодействия с ребенком (Одинокова Г.Ю., 2015).

В ходе изучения общения матери и слепого младенца (в эксперименте приняли участие 46 пар «мать – слепой младенец») впервые описаны качественные особенности психического развития этой категории детей в связи со спецификой становления у них ситуативно-личностной формы общения. Выделены и осмыслены особенности поведения матери слепого младенца во взаимодействии с ним. Описаны специфические коммуникативные действия матери слепого младенца, позволяющие обеспечить доступность восприятию ребенка лица матери, средств выражения ее доброжелательного внимания и способов поддержки средств общения ребенка. Создана система педагогической работы, направленной на преодоление трудностей в развитии общения слепого младенца

и матери, в рамках которой формирование коммуникативных умений матери осуществляется в соответствии с логикой становления непосредственно-эмоционального общения (Кудрина Т.П., 2016).

Результаты полученных исследований позволили понять, что трудности развития общения детей раннего возраста с ОВЗ обусловлены несоответствием содержания и форм коммуникативного поведения близкого взрослого возможностям и потребностям ребенка. Поэтому психолого-педагогическая работа должна быть направлена, в первую очередь, на перестройку коммуникативного поведения близкого взрослого и формирование у него специфических коммуникативных умений, необходимых для развития общения ребенка с определенным первичным нарушением развития. При этом задачи и содержание педагогической работы определяются актуальным уровнем развития общения у ребенка и не зависят от паспортного возраста ребенка, характера и степени выраженности его первичного нарушения. Однако характер и степень выраженности первичного нарушения развития следует учитывать при подборе «обходных путей» и специальных средств коммуникации. Полученные результаты и сделанные выводы послужили основой для разработки научно-методического подхода по предупреждению и преодолению трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (Разенкова Ю.А., 2017). В рамках подхода были описаны 4 варианта (типологии) общения близкого взрослого и ребенка первых трех лет жизни, позволяющие, в том числе, оценить развитие речи ребенка в коммуникации со взрослым. Разработаны технология предупреждения трудностей в общении взрослого и ребенка и технология преодоления (коррекции) трудностей в общении.

Позиции научно-методического подхода по предупреждению и преодолению трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в дальнейшем послужили основой для создания и осмысления теоретического подхода к изучению становления ведущей деятельности слепых детей младенческого и раннего возраста (Айвазян Е.Б., 2019, 2020). В рамках подхода в области тифлопсихологии впервые формулируется положение о том, что в основе особенностей развития двигательной, когнитивной и мотивационной сфер слепого ребенка, в первую очередь,

лежит нарушение становления его общения с взрослым с самых первых дней жизни. В качестве механизма нарушения психического онтогенеза слепого ребенка рассматривается сбой передачи культурного опыта от взрослого к ребенку. Выделены критические точки, в которых резко возрастает риск отклонений от логики психического онтогенеза, показано, что ими являются периоды освоения новых форм общения, необходимых для расширения содержания культурного опыта, передаваемого ребенку. Реконструирован ход развития ведущей деятельности слепого ребенка в младенческом и раннем возрасте. Логика и содержание развития общения и предметной деятельности представлены как системный процесс, разворачивающийся в виде четырех последовательных стадий; для его описания предложен инструмент – «базовая формула развития». Реконструирована последовательность этапов развития общения слепого ребенка в младенческом и раннем возрастах. Впервые выделена и описана ситуативно-познавательная форма общения, представляющая собой переходный этап между ситуативно-личностной и ситуативно-деловой формами, дан ее психологический анализ, представлено ее содержание (описаны и систематизированы феномены), определено ее значение как для развития общения, так и для развития предметной деятельности ребенка.

Создание теоретического подхода к изучению становления ведущей деятельности слепых детей младенческого и раннего возраста позволило переосмыслить содержание педагогической системы ранней помощи семье слепого ребенка первых лет жизни. В исследовании на 68 парах «мать – слепой ребенок первых трех лет жизни» эмпирически доказана вариативность психического развития слепых детей в первые три года жизни. Разработан алгоритм квалификации варианта развития у данной категории детей. На основе разработанного алгоритма выделены и описаны феномены, характеризующие варианты психического развития слепых детей, один из которых благоприятный и два неблагоприятные.

Описана динамика развития общения слепых детей младенческого и раннего возраста с матерью и динамика развития действий с предметами. Показано, что последовательное появление новообразований в сфере общения слепого ребенка обеспечивается созданием условий в виде специфических коммуникативных действий взрослого.

Эмпирически доказана ведущая роль общения в становлении действий с предметами у слепых детей в первые три года жизни. Показано, что последовательное овладение слепым ребенком действиями с предметами обеспечивается закономерным развитием у него общения с взрослым, а также реализацией близким взрослым особых «транслирующих» действий, помогающих ребенку осваивать действия с предметами.

Выделены и описаны коммуникативные и «транслирующие» умения взрослого, применение которых во взаимодействии со слепым ребенком предупреждают появление вторичных нарушений в его развитии.

Разработаны содержание, формы, методы ранней помощи слепым детям первых трех лет жизни с неблагоприятным вариантом психического развития, позволяющие преодолеть тяжелые вторичные нарушения и вернуть развитие ребенка в логику психического онтогенеза. Апробированная в исследовании интегрированная форма работы с семьей (сочетание домашнего визитирования с дистанционной поддержкой семьи) максимально соответствует социальной ситуации развития ребенка младенческого и раннего возрастов, позволяет оптимально использовать рабочее время специалиста и ресурсы семьи, позволяет постепенно передавать семье ведущую роль в помощи своему ребенку. Разработанные в исследовании методы обучения взрослого коммуникативным и транслирующим умениям расширяют спектр практических инструментов обучения как близких ребенку взрослых, так и специалистов. Разработанная педагогическая система ранней коррекционной помощи семьям и слепым детям первых трех лет жизни позволяет дифференцировано определять задачи и содержание ранней помощи, оценивать полученные результаты в отношении матери и ребенка (Кудрина Т.П., 2020).

Проведенный цикл исследований вносит вклад в понимание роли общения в психическом развитии ребенка младенческого и раннего возраста с ОВЗ. Показывает, что общение и взаимодействие имеют субъект-субъектный характер, предъявляя определенные требования не только к развитию ребенка с ОВЗ, но и к окружающим его людям. Доказывает, что налаживание взаимодействия и общения между ребенком первых трех лет жизни с ОВЗ и близким взрослым является центральной задачей системы ранней помощи. Без

решения этой проблемы все остальные методики и технологии мало эффективны.

Материалы подготовлены в рамках Государственного задания Министерства просвещения РФ ФГБНУ «ИКП» на 2023 год по проекту «Научное проектирование моделей ранней коррекционной помощи».

Литература

Айвазян Е.Б. Исследование общения взрослого и ребенка первых лет жизни с ограниченными возможностями здоровья: методический инструментарий / Е.Б. Айвазян, Т.П. Кудрина, Г.Ю. Одиноква, Е.В. Орлова, Ю.А. Разенкова // Альманах Института коррекционной педагогики. 2018. Альманах № 32 URL:<https://alldef.ru/ru/articles/almanac-32/a-study-of-adult-child-communication-the-first-years-of-life-with-disabilities-a-methodological-toolkit> (дата обращения: 12.09.2022)

Айвазян Е.Б. Механизмы формирования и возможности предупреждения отклонений в развитии слепого ребенка младенческого возраста в перспективе культурно-исторического подхода / Е. Б. Айвазян, Т. П. Кудрина // Дефектология. 2019. № 4. С. 3-13.

Айвазян Е.Б. Развитие общения и предметной деятельности у слепых детей первых трех лет жизни. М.: Полиграф Сервис, 2020. 230 с.

Выродова И.А. Обучение воспитателей личностно-ориентированному взаимодействию с младенцами-сиротами в условиях специализированного дома ребенка: дис. ...канд. пед. наук. М., 2009. 235 с.

Груничева С.И. Взаимодействие воспитателей и детей с тяжелыми множественными нарушениями развития и глубокой степенью умственной отсталости в процессе выполнения режимных моментов // Дефектология. № 1. 2020. С. 68-74.

Кудрина Т.П. Преодоление трудностей в развитии общения матери и слепого младенца: дис. ...канд. пед. наук. М., 2016. 140 с.

Кудрина Т.П. Ранняя помощь слепым детям: монография / Т.П. Кудрина. М.: Полиграф Сервис, 2020. 216 с.

Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. М.: Педагогика, 1986. 143 с.

Мещерякова И.А. Взаимодействие ухаживающих взрослых в ситуациях кормления с детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития и глубокой степенью умственной отсталости // Дефектология. 2020. № 1. С. 60-68.

Одиноква Г.Ю. Выявление и преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: дис. ... канд. пед. наук. М., 2015. 185 с.

Разенкова Ю.А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... д-ра пед. наук. М., 2017. 207 с.

Разенкова Ю.А. Трудности развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: выявление, предупреждение и коррекция. Монография / Ю.А. Разенкова. М.: Полиграф Сервис, 2017. 200 с.

Глава 6

*Г.В. Козловская, М.А. Калинина,
М.В. Иванов, Н.И. Голубева,
И.А. Марголина, Н.В. Платонова*

Психическое здоровье и его охрана в детском возрасте

Психическое здоровье – это медицинская, психологическая, социальная и общебиологическая дефиниция, не имеющая в то же время, однозначного определения. Причина этого факта в двойственной сущности человека – биологической и духовной.

С биологической позиции человек – это живой организм с комплексом инстинктов, сомато-вегетативных и унитарных поведенческих актов, направленных на поддержание общей жизнедеятельности, передающихся по наследству в виде генетических программ, часто строго структурированных. В жизнеобеспечение организма входит и множество рефлексов – или ответных поведенческих и организменных комплексов, выработанных средой в процессе жизни индивидуума и необходимых для более дифференцированного приспособления к окружающему бытию.

Так живет разнообразный животный мир, у большого числа представителей которого можно наблюдать аналоги психики в виде набора генетических и условно-рефлекторных модулей, делающих их поведение очень сложным и производящим впечатление «разумного». Нас восхищает хитрое и ловкое поведение хищника во время охоты, защита и воспитание потомства, ухаживание за особью другого пола и т.п. Однако это всего лишь повторение одних и тех же, дифференцированных и мудрых форм, выработанных в процессе эволюции для сохранения биологического вида животного.

Вторая сторона сущности человека – его психическая функциональность, которая резко отличается от психики животного и позволяет человеку не только активно адаптироваться к окружающей среде, но и управлять ею, создавать новую, более качественную среду, определяет его творческое начало.

Таким образом психика человека включает в себя как набор биологических актов инстинктивной и рефлекторной природы, так и симбиоз разума, логики и чувств, данный ему для приспособления к среде и для приспособления среды к себе.

Этот феномен – психика человека – отделяет его от остального биологического мира и делает «царем природы». Только человеку возможно изменить и преобразить окружающий мир, но при условии, что его психика здорова.

С точки зрения психиатрии психическое здоровье – это оптимальное, гармоничное, комфортное самочувствие. Психически здоровый человек – спокоен, доброжелателен, у него устойчивое, ровное, в должной степени оптимистичное настроение. Такой человек готов к активной деятельности для себя и для других, он чувствует себя удобно в окружающем мире. Он не мешает себе и не мешает другим. Он контролирует ситуацию, управляет ею, нивелирует стрессы или исправляет неблагоприятные факторы, ищет компромиссы и берет на себя ответственность.

При нарушении психического здоровья человек становится в определенной степени беспомощным перед жизненными проблемами, он «раб обстоятельств». Чувствуя себя неполноценным, слабым, виноватым, он наживает стрессовые комплексы и не может самостоятельно изжить их или, напротив, необоснованно переоценивая себя, ощущает себя обиженным окружающими, затаивает мстительные планы, создает вокруг себя конфликтную ситуацию. И те, и другие переживания, внедряясь в личностную структуру человека на уровне подсознания, неуправляемо вмешиваются в его повседневные ответные реакции, делая их несвободными, импульсивными, дисгармоничными и определяют его поведение.

Человеческая психика – это продукт многомиллионной эволюции, у нее огромный опыт прежних успехов и неудач и оптимальных способов их преодоления. Человек достаточно устойчив и к ударам судьбы и к внешней особенно психологической агрессии. Однако этот механизм, будучи эволюционно молодым оказывается и очень хрупким. Его легко сломать или исказить, внести, что называется «вирус в психический компьютер человека» и психика как совершенный инструмент отказывается служить, дает сбой, выдает нелепые результаты, что, к сожалению, и наблюдается при психической патологии.

Психику человека делает относительно устойчивой к средней стрессовой активности период гармоничного и здорового детства, которое определяется по биологическим признакам от 0 до 14 лет (в некоторых случаях до 21 года). Это

особенно трудный и счастливый период, за который человек должен сложиться как личность. Медленно, и в то же время, стремительно ребенок вбирает в себя весь предыдущий опыт человечества. У высоко организованных животных этот этап длится до 4-5 лет, в тесной связи с условно-рефлекторной психикой животного. Чем она больше по объему и сложнее, тем дольше период ее созревания до состояния взрослой особи животного. У человека этот период – детство – самый длинный.

Условно-рефлекторная часть психики человека в истории его становления играет небольшую роль, а основную составляет индивидуальный макросоциальный опыт, делающий человека индивидуальностью. Этот трудный путь ребенок проходит от младенчества до зрелости и все это время он должен учиться, накапливать и анализировать получаемые знания, формироваться как личность. Большая ответственность в этом процессе лежит на нас – взрослых. Запустим ли мы в действие приданный человеку совершенный механизм – здоровую психику, гарантирующую гармоничную личность, а стало быть и счастливую человека. Или поломаем ее, нарушим и получим в результате трудного ребенка. непослушного или вялого, асоциального или жертву этой асоциальности, равнодушного к бедам других и к своим, не признающего авторитета взрослых, что и лежит в основе проблемы отцов и детей.

Психическое здоровье детей является актуальной и очень тревожной социальной проблемой. По данным эпидемиологического скрининга ВОЗ отмечен рост психической заболеваемости в детском населении многих стран от 9-10 % в 1980 годах до 15-16 % к 2000 годам. По последним данным эпидемиологии в РФ в детском населении к 2021 году констатируется распространенность поражения психическими расстройствами до 22%. На период 2019-20 гг. этот показатель в среднем по РФ равен 180 на 1000 детского населения (преимущественно от года до 5 лет). В процессе эпидемиологических изысканий было выявлено особое состояние психического здоровья – состояния риска или предболезни, занимающего промежуточное место между нормой и патологией (Семичов С.Б., 1987; Козловская Г.В., 1995, 2002; Симашкова Н.В. с соавт., 2020; Козловская Г.В. с соавт., 2021).

Эти состояния, составляющие около 40-50 % детского населения, представляют собой плацдарм как для повышен-

ного риска возникновения психической патологии, так и для приложения оздоровительных мероприятий – профилактики и психогигиены в рамках охраны психического здоровья (Иванов М.В. с соавт., 2018).

Серьезность вышеизложенных фактов требует общественного осознания проблемы и стремления искать пути предотвращения высокой психической болезненности с позиций нравственного долга человека перед подрастающими поколениями. Это особенно важно потому, что главным отличительным признаком современности является повышение требований к интеллекту человека, его творческим возможностям и психической активности, которые предъявляются индивидууму уже с ранних лет. Это обусловлено неуклонным возрастанием объемов знаний и информации в целом, ускорением темпа жизни, усложнением и технизацией окружающей среды и одновременной унификацией форм общественного сознания в ущерб культурально-этническим потребностям.

Достоверные тенденции роста психической заболеваемости в населении в целом и в детском возрасте в том числе (Макушкин Е.В., Демчева Н.К., 2019), объясняется нарастанием причин, повреждающих психику и ее развитие у детей, начиная с первых лет их жизни, и даже на стадии внутриутробного периода. Общее количество факторов риска психической патологии очень велико и выявляется у 85-90% детей. В их числе – повреждение центральной нервной системы головного мозга в родах или в дородовой период, отягощенная наследственность и т.п. Но на первом месте стоят психосоциальные факторы – микросоциальные – в семье и ближайшем окружении малыша, и макросоциальные, обусловленные общественными событиями (Волошин В.М. с соавт., 2002).

Следует отметить, что к настоящему времени накоплен большой фактический научный и практический материал, свидетельствующий о том, что психологические стрессы, переживаемые ребенком в любом возрасте, но особенно в периодах раннего детства и внутриутробной жизни фактически навсегда искажают формирование его личности, лишают его способности к развитию различных необходимых психологических систем, например, таких как феномен привязанности, функционированию в системе мать-дитя, отец-дитя и др. Эти психобиологические образования, как оказалось, лежат в основе формирования у человека чувств дружбы, любви к дру-

гим людям, благодарности, жертвенности, благородства и т.п. Причем будучи нарушенными на первых годах жизни, они могут не компенсироваться в дальнейшем. Это влечет за собой другие ущербные черты личности человека и нарушения ее индивидуального и общественного поведения, психические расстройства. Так девочка, воспитанная эмоционально равнодушной и нелюбящей ребенка матерью, став взрослой, также может быть не способна ни к материнству, ни к бескорыстному дружелюбному взаимодействию в обществе. Она перманентно пребывает в ситуации оппозиции к людям и особенно к другому полу. Возможно отсюда произрастает гротескная соревновательность с мужчиной, отказ от своей женской предназначенности, искажение половой идентификации, гомосексуализм, карикатурная феминизация и другие. Аналогичные проблемы возникают, формируются и закрепляются при неправильном воспитании мальчика.

Таким образом негативные последствия ранних психических нарушений у детей и особенно искажений психического развития ребенка, обусловленного неправильным воспитанием, чрезвычайно социально значимы. Среди таких последствий – чайлдфри, редуцирование индивидуальной готовности к материнству, влекущее за собой разрушение традиционного общественного института материнства, распространение связанных с ними фактов нежеланной беременности, отказных детей, некомпетентности матери в вопросах материнства, несоблюдение правил гигиены беременности и др. Общеизвестно распространенность таких недопустимых и нежелательных явлений как алкоголизация и курение, физические и психические нагрузки на эмбриональном периоде развития ребенка, а также повсеместное равнодушие общества к беременной женщине и брошенному, беспризорному ребенку на улице и т. п. Эти же факторы обуславливают грубые нарушения воспитания ребенка, физическое и психическое насилие над ним и другие психосоциальные вредности со стороны взрослых (растление, вовлечение в преступность, торговля детьми и др.) и как ответное действие со стороны детей – нарастание детской преступности, ранней алкоголизации, наркомании, токсикоманий и др.

Очевидно, что психическое здоровье детского населения требует срочных мер по предупреждению роста числа психических заболеваний и активной психопрофилактической

интервенции. Последнее необходимо для соблюдения прав ребенка на оптимальное обеспечение его условиями не только для физического выживания, но психического развития, образования и т.п.

Следует отметить, что на сегодняшний день психопрофилактическое направление педиатрической медицины в нашей стране является лишь декларацией, и фактически не существует. Причем в профилактике психических заболеваний традиционные педиатрические профилактические методы (вакцинации, карантин, оздоровляющие мероприятия и др.) не действуют. Требуется новые формы психопрофилактической стратегии.

Одно из актуальных направлений психопрофилактики – внимание к таким массовым явлениям как нарушение в психо-биосоциальных системах мать-дитя и отец-дитя, а также к дисфункциональности семьи в целом. Это матери –одиночки, матери не готовые к материнству, нежеланные беременности, это и распространенное психологическое материнское насилие к детям, а также активное самоустранение от воспитания детей со стороны отцов вследствие несформированного чувства отцовства у мальчиков, а затем и отсутствие его и у взрослого человека и др. Весь перечисленный контингент нуждается в помощи психолога, психотерапевта, а в ряде случаев и психиатра.

Следует отметить, что начало профилактических мероприятий должно быть с периода подготовки мужчины и женщины к беременности, а подготовка матери и отца к рождению ребенка должна строиться на индивидуальном воспитании девочек и мальчиков по разному половым воспитательным принципам с раннего, дошкольного и школьного периодов.

Как уже было сказано факторы риска нарушений психического здоровья в детском возрасте относятся к традиционным – это генетические, церебрально-органические, а также пол, возраст и соматическое здоровье ребенка. Однако на первый план выходят психосоциальные факторы, которые в подавляющем большинстве случаев являются причинами возникновения психической патологии.

Истоки любых болезней, в том числе и психических, лежат в детстве особенно раннем, в первые годы жизни. Именно здесь ведущее место занимают микросоциальные факторы такие как системы – мать-дитя, отец-дитя и их взаимодей-

ствии в триаде, в семье. Но сюда же активно вмешивается и внешний социум с представлениями о формах раннего взаимодействия с ребенком как со стороны педагогики, так и медицины.

И как нигде, в данной области актуальны вопросы деонтологии или этического долга взрослого перед будущим гражданином, встающие как социальная задача общества. Известно, что по Международной декларации по правам ребенка принятой в 1959 году и Международной конвенции о правах ребенка, принятых в 80 гг. и нашей страной, ребенок, с первого дня жизни – это уже человек, личность в период формирования, а стало быть он (ребенок) имеет права на определенную неприкосновенность личности и здоровье и право на получение достойного и полноценного воспитания в условиях доброжелательности и сочувствия, а также право на достойную (материально обеспеченную) жизнь, образование и развитие, которые ему обязано предоставить общество и семья, как и деонтологический (этический, нравственный) подход к его нуждам. Однако на сегодняшний день указанная проблема далека от решения.

Из трудов отечественных и зарубежных основоположников педагогики как науки, богословов, психологов, нейрофизиологов, педиатров и психиатров известно, что воспитание и психическое развитие ребенка это глубоко индивидуальный, многогранный, малоизвестный, таинственный, божественный процесс, обращенный в будущее и который требует от взрослого большой осторожности, терпения, умения и любви. Основной заповедью в этом процессе, как и в педагогике так и в медицине (и в домашнем воспитании в т ч) является принцип «не вреди», в то же время «не мешай» проявляться и развиваться индивидуальной и неповторимой личности ребенка, его индивидуальных, позитивных свойств и способностей.

Практически во всех известных религиях мира и народных традициях декларируются однотипные приемы обращения с детьми, особенно раннего возраста. Это близость к матери, нежность, мягкость, заботливость, радостное соучастие с жизнью малыша, доброжелательность и интимность во взаимодействии с ним – в кормлении, в необходимом биологической уходе, убаюкивании и др. В фольклорных традициях разных стран прослеживается одна и та же твердая позиция в поведении взрослого с маленьким ребенком – колыбельные

песенки, народные игрушки, игровые потешки, сказки, даже материнский костюм предусматривают мягкость, нежность, осторожность, отсутствие агрессивности, шума, резкости.

Подобные правила выработаны не случайно, в течение многовековой практики была необходимость сохранения потомства живым и здоровым. И это при условии многодетности в традиционных семьях прошлого. Тем более они важны при теперешнем положении с рождаемостью в нашей стране и других развитых странах.

Таким образом, из вышесказанного следует, что педагогический процесс, особенно для детей раннего возраста, требует компетентности, профессионализма и традиционности со стороны всех участников этого действия – родителей, воспитателей, и медицинских работников. Введение же любого нового приема в педагогическую практику требует научного, (т. е. с соблюдением строгих научных критериев) отбора таковых, осмысления их последствий и убедительной обоснованности безопасности внедряемых новаций для ребенка как в настоящем, так и будущем.

Социально значимым видится проблема и право на педагогический эксперимент.

Вопрос о роли и праве на эксперимент в образовании, вопрос не праздный, но напротив, актуальный, особенно в настоящий период, когда общество переживает очередной этап революционных преобразований в виде разрушения прежних, апробированных в течение многих лет практик и многочисленных новых инициатив во всех областях жизни – экономических, социальном устройстве общества, в интимных взаимоотношениях полов, в новом значении и содержании известных понятий.

Естественно, что указанные процессы разрушения и скоростное внедрение нового, взамен дискредитируемого прежнего, не могли не затронуть и педагогических аспектов развития и воспитания ребенка, начиная с ранних этапов онтогенеза. Следует отметить, что так называемое новое, нередко представляет собой простое отрицание, проверенных опытом, установок и предложение других, неизвестных по возможным результатам.

В ряде случаев решение вопросов в этих областях доходит до абсурда. Отрицание традиционных знаний в педагогике (и в медицине, к сожалению, также) представляется

чем-то особенно позитивным, новым. При этом прежнее объ- является заведомо устаревшим, неверным. В то же время важной информацией является та, что в педагогической науке существует, введенный школой А.В. Запорожца в определенном смысле этический кодекс, аналогичный таковому в медицине (клятва Гиппократ), который предусматривает неприкосновенность традиций классической педагогики и недопустимость использования в эксперименте и в повседневной работе любых устрашающих, психически и физически истощающих, или причиняющих ребенку страдание действий, даже незначительных. Этой проблеме посвящены многочисленные работы В.Р. Кучмы по гигиене детства (школьной гигиене и гигиене воспитания).

В то же время, экспериментальные опыты предлагаются и проводятся в широком ассортименте, с ребенком любого возраста, но особенно в первые годы жизни и даже в внутриутробный период. В ход идут наукообразные доказательства преимуществ предлагаемого метода, со ссылками на авторитеты, при чем как правило из других областей знаний – например, из этологии и физиологии животных, антропологии, эволюции человека как вида и др. Любая попытка непредвзято разобраться в достоинствах предлагаемого метода встречается как намерение ретроградов «зажать» новое. При этом совсем не учитываются права ребенка и родителей.

Одно перечисление активно навязываемых новаций последнего времени для педагогики любого детского возраста, устрашает. Это и роды в воду, обучение младенца плаванию, гимнастика для первого года жизни с верчением и кручением ребенка вниз головой, с удерживанием его за ножку, воспитание малыша в принципах нудизма, когда ребенок практически постоянно и зимой, и летом ходит полураздетым и босиком «для закаливания», воспитание по типу «Маугли» с максимальным ограничением непосредственного вмешательства родителей в поведение даже маленького ребенка, в виде ограничения ласки, тактильного взаимодействия, принудительной индифферентности к плачу и крикам малыша, вегетарианские диеты для раннего возраста, ранняя интеллектуализация жизни (чтение до трех лет, двух-трехязычное раннее воспитание, игра в компьютерные игры с раннего и дошкольного возраста), сексуальное образование малыша до 5 лет и т.п.

Нельзя не сказать и об опасном новшестве, предлагаемом в широком плане нашим детям в виде новых форм игрушек, особенно для детей младшего возраста. Это многочисленные устрашающие игрушки в виде монстров, чертей, вампиров, привидений, или выдуманных персонажей, но также отрицательных по своему образу кукол-скелетов, расчленяющихся на отдельные части, то есть дисгармоничные игрушки, не способствующие развитию эстетического вкуса и чувства прекрасного (Воскресенская С.А. с соавт., 2021).

Уместно во многих приводимых случаях говорить о психологической опасности для детской психики, на основании того, что в ряде высокоразвитых западных стран все эти новшества имеют большой опыт применения, однако состояние психического и социального здоровья детей этих стран не улучшилось. Кроме того, в США и Канаде по юридической и медицинской статистике, фиксирующей смерть в детском возрасте и физические травмы, до 24 % детей подвергаются физическому и сексуальному насилию в семье. Широкое распространение в обществе этих стран получили и такие социальные проблемы как распадающиеся семьи, легализированный гомосексуализм и однополые браки, наркомании и СПИД, торговля детьми, педофилия, детская порнография и т.п. Активно внедряемая сексуальная революция в детском возрасте в этих странах, на фоне совместного мальчиков и девочек обучения, привела к нарушению формирования половых ролевых функций мальчиков и девочек, росту половой несостоятельности, особенно среди юношей в фертильном возрасте, их феминизации и, напротив, гротескной эмансипации женщин, когда мужчина привлекается к ответственности за якобы сексуальные притязания или посягательство на равноправие женщины при попытке со стороны мужчины публично помочь женщине (протянуть руку, поднести сумку и т.п.).

В этом аспекте социально значимым представляется развиваемое в последнее время в нашей стране направление раздельно-смешанного по полу обучения детей в дошкольном и младшем школьном возрасте. По сути это «хорошо забытое старое» или опыт традиционного воспитания, обучения и образования детей, история которого насчитывает тысячелетия.

По данным нейрофизиологов и нейропсихологии мозг мальчиков и девочек устроен и работает по-разному. Известно, что на ранних этапах развития (примерно до школы) де-

вочки в своем интеллектуальном развитии опережают мальчиков, у них лучше развит т.н. вербальный интеллект и в более раннем возрасте формируется речь. У мальчиков, в этом же возрастном периоде, более развиты зрительно-пространственные и математические способности, они уже в дошкольном возрасте лучше справляются с заданиями, требующими понимания пространственных соотношений.

У мальчиков преобладающим является одно из полушарий мозга с четкой асимметрией их деятельности. При этом в правополушарном варианте преобладает интуитивный, объемный, пространственный, синтетический тип восприятия информации, в левополушарном – логический, аналитический. И в том и другом случае на первое место выдвигается творческий поиск нового.

У девочек меньше выражена межполушарная асимметрия, оба полушария относительно взаимозаменяемы, кроме речевых функций, однако в правополушарном типе деятельности преобладает эмоциональная реактивность и эмоциональная образность мышления, при левополушарном – вербализация явлений, а при выборе решения использование консервативных стратегий.

Традиционные формы воспитания с акцентом на половозрастные психофизиологические различия положительно влияют на состояние психического здоровья детей, как в случаях относительного благополучия, так и при повреждении его (Еремеева В. с соавт., 2005; Козловская Г.В. с соавт., 2005).

Таким образом, в основе психопрофилактических и оздоровительных мероприятий по охране психического здоровья должна лежать установка на традиционные ценности – гармонизация внутрисемейных отношений, стимуляция формирования незрелых или совершенствование биосоциальных систем мать-дитя и отец-дитя, доброжелательное и одновременно уважительное отношение к ребенку его правам и потребностям, начиная с первых дней его жизни. При психической патологии необходимо учитывать особенности патологического процесса и не теряя определенного оптимизма сочетать специализированное лечение с целенаправленной и обоснованной психолого-педагогической коррекционной работой.

Для последнего направления необходима государственная поддержка в создании психопрофилактических центров

с сочетанием медицинской психотерапевтической, психологической и педагогической помощью детям и их родителям.

Литература

Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С., Северный А.А. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. №2. С. 5-9.

Воскресенская С.А., Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А. Игра как фактор гармоничного и дисгармоничного психического развития в детском возрасте // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 3. С. 31-41.

Еремеева В., Козловская Г., Чубарова С., Юрищева Т. Новые здоровьесберегающие технологии в образовании и воспитании детей // Развитие личности 2005. №2. С. 171-187.

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Вопросы эпидемиологии и профилактики нарушений психического развития в раннем детском возрасте // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно, Москва, 16 февраля 2018 года / Под ред. Н.В. Симашковой. М.: Научный центр психического здоровья, 2018. С. 47-53.

Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. № 2. С. 22-25.

Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 48 с.

Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Иванов М.В. и др. Эпидемиология психических нарушений в раннем и дошкольном возрасте (от 0 до 5 лет включительно) на сплошном и выборочном контингенте в микропсихиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21. № 1. С. 4-13.

Козловская Г.В., Чубарова С.А., Куинджи Н.Н. и др. Новые пути охраны психофизического здоровья школьников // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. Т. 5. № 1. С. 7-16.

Кучма В.Р., Гузик Е.О., Седова А.С. Социально-гигиенический мониторинг в сфере гигиены и охраны здоровья детей и подростков: состояние, проблемы, новая концепция развития // Гигиена и санитария. 2022. Т. 101. № 6. С. 709-718.

Кучма В.Р., Поленова М.А., Степанова М.И. Информатизация образования: медико-социальные проблемы, технологии обеспечения гигиенической безопасности обучающихся // Гигиена и санитария. 2021. Т. 100. № 9. С. 903-909.

Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. 2019. № 4. С. 4-15.

Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.

Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В. и др. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017-2019 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 11. С. 79-86.

Глава 7

И.А. Марголина, Н.В. Платонова, М.В. Иванов

Психическая депривация как фактор риска нарушений психического развития в раннем детстве

Психическая депривация как психологический и социальный феномен в настоящее время привлекает активное внимание как исследователей в области психологии, социологии, психиатрии и других специальностей, так и общественности, хотя история изучения этого явления уходит в далекое прошлое. Еще в средневековых летописях имеются сведения о трагических последствиях психической депривации на физическое и психическое здоровье человека (Лангмейер, Матейчик, 1984). Интерес к этой проблеме объясняется большим количеством художественных произведений на эту тему (Маугли, Тарзан и др.).

Депривация (deprivation – англ. – потеря, лишение чего-либо) обозначает недостаточность чего либо, но в приложении к психической депривации термин «депривация» касается недостаточности удовлетворения основных психических потребностей. Под психической депривацией мы понимаем недостаточность стимуляции психических функций человека. В последнее время психическая депривация и ее последствия изучаются не только в рамках психического развития детей, но и психологического состояния взрослых в таких областях как космонавтика, спелеология, диспетчерское дело, профессиональный спорт и другие, где индивидуумы оказываются в ситуации длительной изоляции или монотонной деятельности (Котляров В.Л., Козловская Г.В., 2013, 2020).

Можно выделить следующие виды психической депривации:

- сенсорная, моторная депривация (слепота, глухота, детский церебральный паралич)
- когнитивная изоляция (информационный голод)
- социальная депривация или истинное сиротство (отказные дети, брошенные дети)
- эмоциональная депривация или скрытое сиротство в семье при искажении в функционировании психобиологической системы «мать-дитя» (пренебрежение, жестокое обращение, перманентное физическое и сексуальное насилие в семье).

К сенсорной депривации относится недостаточность стимуляции психических функций в условиях слепоты, глухоты, гипокинезии, алалии, монотонии (однообразие, монотонность среды). Известно, что разнообразная сенсорная депривация (нарушение зрения, слуха, речи, моторики и др.) определяет специфику психопатологических, депривационных формирований, начиная с момента депривации и в возрастной динамике. Психические расстройства при сенсорной депривации могут быть весьма разнообразными: от невротических и психопатических до психотических. Особенно выражены депривационные последствия в психике ребенка у слепых и глухих. Г.В. Козловская описала особый депривационный синдром у врожденно слепого ребенка, развивающийся с первого года жизни и ярко оформленный к трем годам («синдром дезадаптации первых трех лет в условиях слепоты») (Козловская Г.В., 1971). Для него характерно общее двигательное беспокойство или заторможенность, на фоне которых отмечается множество стереотипных движений (кручение на месте, подпрыгивание, взмахивания руками, ковыряние глаз, хореоподобные движения пальцев рук) в сочетании с эпизодами застываний в различных позах. Развитие глухого ребенка также находится под влиянием многих отрицательных факторов: психогенная для ребенка позиция родителей, фрустрация из-за невозможности добиться понимания, недостаток звуковых раздражителей и др. Все это оказывает глубокое повреждающее воздействие на психическое развитие ребенка (Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М., 1975)

Важнейшим фактором, приводящим к психическому дизонтогенезу при всех видах депривации, является нарушение формирования феномена привязанности – взаимной, эмоционально-биологической связи между младенцем и матерью, на основе которой появляются более дифференцированные эмоции (Д. Боулби (Bowlby D.), 1987). Сформированная привязанность позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности и лежит в основе его гармоничного социального развития. Дисфункциональность семейных отношений, отклонения в психическом состоянии и поведении родителей ведут к нарушению формирования надежной привязанности у ребенка, что оказывает негативное влияние на состояние его физического и психического здоровья.

В данной работе мы рассмотрим роль психической депривации, возникающей вследствие социальных факторов, на психическое развитие детей и последствия ее влияния во взрослой жизни. Известно, что в психическом развитии ребенка ведущая роль принадлежит двум факторам – биологическому и социальному. Отрицательное социальное влияние приводит к психическому дизонтогенезу, выражающемуся в нарушениях темпов, сроков психического развития и его качества. Особенности дизонтогенеза зависят от характера отрицательного социального фактора. В многочисленных исследованиях в области детской психиатрии обращается внимание на то, что психические травмы в детстве влияют на психическое развитие, формирование личности ребенка в дальнейшем (Finkelhor D. 2017; Hughes K, Bellis M.A, 2017; Afifi T.O., Fortier J., 2018).

Целью исследований, обобщенные результаты которых представлены в данной статье, было изучить влияние на психическое развитие следующих психогенных факторов: родительская депривация, хроническое внутрисемейное физическое насилие, пролонгированное внутрисемейное сексуальное насилие.

Задачами данных исследований было описать типологию и феноменологию психических нарушений, возникающих в результате воздействия соответствующих факторов социальной среды и выработать методы их коррекции и профилактики.

Методами исследования психического и психофизического состояния детей были общие для трех исследований клинические (педиатрический, неврологический, клинико-психопатологический) и параклинические методы (психологический, инструментальный) с рядом особенностей для каждого исследования. Все три исследования проводились ретро- и проспективно.

Материалом исследования были дети, подвергшиеся воздействию разных форм депривации. Когорта обследованных детей состояла из 3 групп. С целью изучения влияния материнской депривации были обследованы 98 детей – сирот с рождения в возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Последствия хронического внутрисемейного физического насилия были изучены на материале 72 детей в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. Группа изучения влияния сексуального насилия на психическое развитие составила 60 детей в возрасте от 2,5 до 10-ти лет. Критериями невключения были: грубая органическая патоло-

гия, верифицированные диагнозы шизофрении и умственной отсталости. Анализируемые контингенты были сопоставимы по времени воздействия стрессорного фактора и тяжести психопатологической симптоматики. Длительность воздействия варьировала от 2 месяцев до 10 лет. Катамнез в среднем составил 7 лет.

В результате исследования были выявлены следующие нарушения психофизического развития данного контингента детей: отклонения в соматовегетативном статусе (снижение росто-весовых показателей, снижение иммунитета с подверженностью простудным заболеваниям, высокая распространенность вегетативных дисфункций), астенические проявления (повышенная утомляемость, пониженная стрессоустойчивость, низкая переносимость физических и интеллектуальных нагрузок), задержка психоречевого развития. Следует отдельно выделить характерные для депривации психические нарушения, обозначенные как «синдром сиротства» (Проселкова М.О., 1996; Кремнева Л.Ф., Проселкова М.О. с соавт., 2017): это проявляющаяся с раннего возраста эмоциональная дефицитарность, нарушения развития коммуникативной функции, патологические привычные действия. Первыми по времени появляются эмоциональные расстройства, уже в первые месяцы жизни, носящие характер «матовой» депрессии. В дальнейшем, собственно аффективный компонент становится менее выраженным, состояние характеризуется эмоциональной тусклостью, к которой присоединяются патологические привычные действия, которые сперва выполняют аутостимулятивную функцию и носят заместительный характер. Коммуникативные нарушения становятся заметными в младшем дошкольном возрасте, дети не формируют привязанности ни к кому из обслуживающего их персонала, в более старшем, дошкольном, при отсутствии затруднений в установлении контакта с окружающими, обращает на себя формальность контакта как с детьми, так и со взрослыми, при этом отсутствует их избирательность, способствующая развитию дружеских отношений. При раннем начале воздействия фактора депривации описанные выше нарушения достигают уровня, при котором они приобретают сходство с синдромом детского аутизма, что позволило ввести специальный термин «депривационный парааутизм». При отсутствии своевременных коррекционных мероприятий – возможно формирование личности «дефици-

тарного» типа (Проселкова М.О., 1996; Козловская Г.В., 2020), основными чертами которой являются недостаточная эмоциональная дифференцированность, тенденция к установлению формальных контактов (часто в сочетании с их неразборчивостью) вплоть до неспособности к близким дружеским и семейным отношениям (матери, сироты в прошлом, чаще оставляют детей в роддоме или отдают их в дом ребенка в последствии), низкая социальная компетентность с подверженностью чужому, часто асоциальному влиянию. В формировании данной личностной патологии ведущая роль отдается нарушению формирования привязанности вследствие отсутствия лица, к которому привязанность должна сформироваться.

В результате воздействия фактора хронического внутрисемейного физического насилия возникают психические расстройства, которые ограничиваются преимущественно неспецифическим уровнем нарушений и носят как неспецифический, так и специфический характер (Марголина И.А., 2006). Неспецифические психические расстройства сходны с теми, что наблюдались в случае воздействия фактора родительской депривации, проявляются задержкой психического развития, астеническими симптомами, нарушением соматовегетативного уровня (нестабильность функционирования ЖКТ, нарушения сна, колебания массы тела). Специфические психические расстройства проявляются аффективно-волевыми нарушениями, расстройствами влечений, психопатоподобными расстройствами, ведущими к искажению формирования личностных черт, основными из которых являются неспособность к установлению равных партнерских отношений с тенденцией к подчинению сильным и унижению более слабых, виктимность поведения в виде провокации насилия со стороны более сильных. Так же, как и в случае воздействия фактора материнской депривации, первыми возникают эмоциональные расстройства, которые носят характер тревожной депрессии, и отмечающиеся на всем протяжении наблюдения, характерна легкость возникновения отрицательных эмоций при редкости и неяркости положительных. В младшем дошкольном возрасте все более заметными становятся искажение формирования привязанности, ее парадоксальность, т.к. она возникает к лицу, от которого исходит постоянная угроза наказания. В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте отмечается нарушение формирования навыков социального взаимодействия, возникающее

в результате своеобразных коммуникативных нарушений: дети часто держатся отгорожено, но предпочитают общение с более сильными, часто обижающими их сверстниками. Тогда же начинают проявляться психопатоподобные расстройства сперва в виде агрессивных действий по отношению к игрушкам, домашним животным, по мере взросления к более слабым детям. Агрессия по отношению к слабым часто возникает по механизму реализации агрессивно-садистического влечения. В подростковом возрасте аффективные нарушения носят характер дисфорической депрессии, нарастает патология влечений, патологические влечения включают склонность к побегам, порче имущества, раннее начало курения, употребления алкогольных напитков. Велика распространенность асоциальных форм поведения. Таким образом у детей-жертв физического насилия, также как и в первом случае, отмечается определенная дефицитарность когнитивной, эмоциональной сферы и коммуникативной функций. Коммуникативные нарушения, как и в случае воздействия фактора депривации, играют значительную роль в формировании искаженной личности, в ряде случаев их выраженность позволяет также говорить о парааутизме, но в отличие от материнской депривации, для жертв физического насилия характерна определенная избирательность контактов.

Хроническое внутрисемейное сексуальное насилие провоцировало сходные с физическим насилием неспецифические нарушения в виде когнитивных, астенических и соматовегетативных расстройств (Платонова Н.В., 2014). Помимо этого, у обследованной группы детей отмечались психические расстройства, характерные именно для данной психогении: расторможенность сексуального влечения, сексуализированность игр, фантазий и поведения, а также аутизация и элементы деперсонализационных расстройств (отрицание собственных телесных ощущение, чувство, что «это происходит не со мной»). По мере взросления детей, как и в первых двух исследованиях, происходит нарастание признаков патохарактерологического формирования личности, в данном случае преимущественно смешанного типа (истерошизоидные, истероэпилептоидные), а также астенические и эмоционально неустойчивые. В структуре отдаленных психопатологических проявлений, особенно в рамках нарушения развития личности, наряду с повышенной эмоциональной возбудимостью сосуществует эмоциональное уплощение в виде утраты тонких этических чувств.

Среди последствий длительного воздействия фактора сексуального насилия существуют более выраженные, чем в случае воздействия первых двух психотравмирующих факторов, половые различия. В отдаленном периоде у мальчиков более всего проявлялись нарушения поведения в виде конфликтности, агрессивности, неумения дружить, злопамятности и повторения паттернов поведения насильника. У девочек имели место эмоциональные нарушения, соматоформные расстройства и сексуализированное поведение. Значительную роль играет нарушение формирования привязанности, как и в случае физического насилия, формируется особая небезопасная, амбивалентная привязанность. Также, как и в случае воздействия факторов материнской депривации и хронического внутрисемейного физического насилия отмечаются парааутистические расстройства. В плане коммуникативных нарушений по сравнению с жертвами физического насилия жертвы сексуального насилия имеют большую тенденцию к аутизации.

Коррекция выявленных психических нарушений включала в себя: лечебно-диагностические мероприятия, психолого-педагогическую работу и социально-психологические мероприятия (Марголина И.А., Платонова Н.В. с соавт, 2019).

Лечебно-диагностические мероприятия:

– диагностика и последующее наблюдение детским психиатром

– медикаментозное лечение:

– общеукрепляющая и адаптогенная терапия

– седативная терапия (фитотерапия, глицин, с 7 лет - алимемазин)

– антидепрессивная терапия (препараты зверобоя, с 6 лет амитриптилин, кломипрамин, сертралин, флувоксамин)

– нормотимики (карбамазепин, вальпроевая кислота)

– нейролептики - корректоры поведения (тиоридазин, перициазин)

Психолого-педагогическая работа:

– активные виды психокоррекции: (арт-терапия, сказкотерапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой)

– пассивные виды психокоррекции: (сухой бассейн, сенсорная комната)

– воспитательная и педагогическая работа по стимуляции развития дефицитарных функций, преодоления ЗПР и привития навыков общения и правил поведения в коллективе.

Социально-психологические мероприятия:

- семейное консультирование по нормализации внутрисемейных отношений
- в случаях изъятия из семьи и помещения в учреждения для детей, оказавшихся без попечения родителей, «имитация семьи» в группе
- при возможности усыновления или опеки – занятия кандидатов в «школе приемных родителей».

Родительская депривация, хроническое физическое и сексуальное насилие являются психосоциальными стрессорными факторами, запускающими психический дизонтогенез, включающий в себя как неспецифические психические нарушения, наблюдающиеся во всех контингентах, и свойственные другим видам психогении в детском возрасте, так и специфические симптомокомплексы, характерные для каждого из обсужденных психотравмирующих факторов. Во всех группах специфические психические расстройства представлены как продуктивными, так и негативными психопатологическими симптомами. Продуктивные психопатологические симптомы включают аффективные нарушения и психопатоподобные расстройства. Негативная симптоматика проявляется дефицитностью ряда психических функций (задержка интеллектуального развития, эмоциональная дефицитность, недостаточность коммуникативных функций и, как следствие социальной компетентности в дальнейшем). Общим является то, что при пролонгированном воздействии все три вида психической депривации способствуют искажению формирования личности, проявляющемуся в виде последовательно возникающих эмоциональных расстройств, нарушений формирования привязанности, коммуникативных и психопатоподобных нарушений, тем самым формируя состояние, сходное с эндогенным аутизмом и обозначенным, как парааутизм.

Литература

Козловская Г.В. Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // *Невр. и психиатр.* 1971. № 10. С. 12-15.

Котляров В.Л., Козловская Г.В., Полякова Е.О. Роль депривационной монотонии как психогенного фактора в психическом дизонтогенезе детей и подростков // *Психическое здоровье.* 2013. № 1. С. 45-50.

Кремнева Л.Ф., Проселкова М.Е., Козловская Г.В., Иванов М.В. К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 1. С. 20-25.

Лангмейер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Авиценна. Прага. ЧССР. 1984. 334 с.

Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В. Проблема внутрисемейного физического и сексуального насилия над детьми. Диагностика, клиника и коррекция: пособие для специалистов. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 40 с.

Марголина И.А. Психический дизонтогенез у детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 25 с.

Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В. Депривационный парааутизм вследствие жестокого обращения с детьми. Методы психолого-педагогической коррекции // Дефектология. 2021. № 5. С. 36-46.

Матвеев В.Ф., Барденштейн А.М. Закономерности патологических форм личности у детей с ранее приобр. глухотой // Невр. и психиатр. 1975. № 10. С. 24-31.

Платонова Н.В. Клиническая картина психических расстройств и особенностей психического развития у детей, подвергшихся сексуальному насилию. Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. М., 2014. 26 с.

Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996. 25 с.

Психические нарушения в детском возрасте. Психическая депривация. Коллективная монография / Под ред. проф. Г.В. Козловской. Тверь: ООО «Издательство «Трида», 2020. 208 с.

Affi T.O., Fortier J., Sareen J., Taillieu T. Association so harsh physical punishment and child maltreatment in childhood with antisocial behaviors in adulthood // JAMA Network Open. 2019. Vol. 2(1). P. e187374.

Bowlby J. Child care and the growth of love. L., 1987.

Finkelhor D. Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions // Child Abuse & Neglect, 2017. Vol. 85(July). P. 174-179.

Hughes K., Bellis M.A. et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis // The Lancet Public Health. 2017. Vol. 2(8). P. e356–e366.

Глава 8

Н. Л. Белопольская

Стили воспитания в семьях детей с отклонениями в развитии

Тема изучения стилей воспитания ребенка в семье и их влияние на формирование его личности является актуальной для семей разных стран и разных исторических периодов. На основе анализа литературных данных мы выделили стили воспитания ребенка в семье, которые наиболее часто изучались авторами.

Общеизвестные стили воспитания детей в современных семьях

1. Авторитарный
2. Либеральный
3. Демократический
4. Гиперопека
5. Гипоопека
6. Непоследовательный
7. Повышенная моральная ответственность
8. Воспитание в культе болезни

Некоторые стили воспитания имеют названия, сходные с вышеперечисленными, поэтому в данной работе мы обсуждаем только некоторые из них.

Так, З.Р. Кадырова выявила два основных стиля родительского воспитания, по-разному влияющих на формирование личности и нравственных норм у старших дошкольников (Кадырова З.Р., 1987).

Авторитарный – основан на требовании родителей от своего ребенка беспрекословного подчинения, не допускающего возражений. Авторитарный стиль исключает со стороны родителей какие-либо объяснения требований, правил, установок и убеждений. Строгость и наказание являются основными средствами воспитания. Дети из таких семей, как правило, послушны, недостаточно активны, инициативны и самостоятельны, а в некоторых случаях им свойственно проявление агрессии по отношению к сверстникам.

Демократичный – не подавляет личность ребенка, родители стремятся разъяснить ему конкретную ситуацию, беседуют с ним, исходя при этом из возможностей ребенка понять и принять их разъяснения. Дети при таком воспитании демон-

стрируют большую активность, инициативность и самостоятельность.

А.Я. Варга на основании анализа литературы предложила структуру для описания стилей родительского воспитания, которая представляет собой характеристику трех составляющих родительского отношения к ребенку: когнитивной, эмоциональной и поведенческой (Варга А.Я., 1986). Когнитивная составляющая, по ее мнению, может быть охарактеризована по четырем параметрам (адекватное представление о ребенке, инфантилизация, инвалидизация, социальная инвалидизация), поведенческая – также по четырем параметрам (доминирование, кооперация, потакание, автономия), а эмоциональная составляющая – по шести (симпатия, антипатия, уважение, презрение, близость, отдаленность). По результатам диагностики взаимоотношений родителей со своими детьми с использованием факторного анализа экспертных оценок по четырнадцати параметрам, А.Я. Варга выделила четыре стиля родительского воспитания.

В.И. Гарбузов, А.И. Захаров и Д.Н. Исаев, изучая семьи детей с неврозами, выявили три стиля родительского воспитания, под влиянием которых у детей развиваются личностные черты, предрасполагающие их к этим заболеваниям (Гарбузов В.И. и др., 1977).

1. *Отвергающий* – авторитарное и жестокое воспитание, характеризующееся чрезмерной требовательностью родителей к ребенку, жесткой регламентацией и контролем за его поведением, сочетаемое с гипоопекой.

2. *Гиперсоциализирующий* – повышенная тревога и забота родителей о здоровье своего ребенка, его будущем социальном статусе и успехах в учебе.

3. *Эгоцентрический* – родители навязывают ребенку представление о самом себе как о сверхценной личности, при этом жертвуя во имя удовлетворения его потребностей своими интересами.

М.И. Буянов, опираясь на анализ клинических случаев, выделил семь стилей родительского воспитания, негативно влияющих на развитие личности детей (Буянов, 1984).

1. Воспитание по типу Золушки – явное эмоциональное отвержение ребенка родителями, чрезмерная придирчивость, недоброжелательность и враждебность по отношению к нему. Под влиянием этого стиля воспитания

- дети становятся забитыми, робкими, нерешительными, пугливыми, неспособными за себя постоять.
2. Воспитание по типу кумира семьи – родители стремятся выполнять все требования и капризы ребенка. В результате дети вырастают безответственными, эгоистичными, своевольными, упрямыми, не признающими запретов, неспособными отсрочить получение удовольствия, с ярко выраженным потребительским отношением к окружающим.
 3. Гиперопека – лишение ребенка самостоятельности и подавлении его инициативы, что приводит к развитию у детей нерешительности, слабоволия, неприспособленности к жизни.
 4. Гипоопека – ребенок предоставлен самому себе, родители не контролируют его поведение и не формируют у него навыки социальной жизни.
 5. Воспитание по типу «кронпринца» – родители не занимаются своим ребенком, отделяются от него подарками, перепоручают его воспитание другим людям.
 6. Противоречивое воспитание – расхождение представлений взрослых членов семьи о воспитании ребенка и требованиях к нему.
 7. Деспотизм и авторитарность – крики, ругань, высокие требования, чрезмерная строгость со стороны родителей по отношению к ребенку, вследствие чего дети становятся забитыми, пугливыми, робкими, неспособными постоять за себя.

С.Н. Капустиным были подробно изучены два стиля воспитания: гиперопека и сверхтребовательность, которые изучались и ранее другими авторами (Буянов, 1984; Захаров, 1988; Эйдемиллер, 1987).

Эти стили описаны автором как в чистом, так и в смешанном виде. Выявлены и описаны различные виды гиперопеки и сверхтребовательности: локальная и тотальная, умеренная и сильная, больничная, тревожная и любящая гиперопека; мягкая, жесткая и жестокая сверхтребовательность. Характеристика всех этих видов также была дана по трем составляющим взаимоотношений родителей со своими детьми: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Показано, что, с точки зрения интегративного подхода, гиперопеку и сверхтребовательность можно рассматривать

как стили воспитания, в которых проявляется односторонняя ценностная воспитательная позиция родителей по отношению к определенным экзистенциальным дихотомиям. В гиперопеке эта позиция проявляется по отношению к экзистенциальной дихотомии помощи – самостоятельности, в сверхтребовательности – по отношению одновременно к трем экзистенциальным дихотомиям: социального – биологического, самоактуализации и детерминизма–самоопределения (Капустин, 2022).

Также, С.Н. Капустиним был выделен сбалансированный тип воспитания. Автор утверждает, что сбалансированный стиль родительского воспитания способствует формированию типа личности с двойственной противоречивой ценностной ориентацией: на родителей и на самостоятельность. Таким образом, дети ориентируются на помощь и требования родителей, а с другой стороны, развиваемая родителями самостоятельность, предполагает формирование собственной детской ответственности за решение своих жизненных задач.

Культурно-исторический аспект проблемы

В суровых условиях выживания рода жесткий авторитарный стиль воспитания детей в семье являлся единственно приемлемым. Он предусматривал раннее развитие разнообразных навыков, имеющих четкие гендерные различия. Формирование этих навыков: нянчанье младших детей девочками; охота, рыбалка для мальчиков являлось суровой необходимостью. Раннее приучение к труду являлось основой воспитания детей в семье, предусматривающее, как правило, строгую дисциплину и систему наказаний, включая жестокие. По современным меркам старшие сестры в многодетных семьях часто находились в роли «золушки».

А если в семье умирала мать, то фактически брали на себя заботу о всех членах семьи.

В русских семьях в дочерях воспитывалось такое качество как скромность. Сейчас, к сожалению, психологи так увлечены формированием у детей высокой самооценки (которая, на наш взгляд, должна быть еще и адекватно-высокой), что о скромности никто не заботится. Родители обращаются к дочерям: «принцесса, красавица», но родительская любовь может ввести в заблуждение девочку с посредственной внешностью. В будущем это может стать мотивом для проведения пластических операций и сформировать зависимость от них.

Традиционные установки в воспитании мальчиков в наше время понимаются, в основном, «как умение постоять за себя». Что же это значит? Умение драться, стрелять, пользоваться ножом, даже убить человека?

Современное телевиденье и многие «художественные» фильмы демонстрируют огромное количество сцен жестокости и насилия. Если в фильме нет убийства, то вроде бы авторам и сказать нечего. В титрах же идет одно стандартное предупреждение о вреде курения.

Но не все мальчики обладают такой мерой агрессивности, что им хочется драться. Соответственно, это порождает страхи у мальчиков одного склада личности, и развитие жестокости и агрессии у другого.

Неблагополучные семьи, пьющие родители, не обращающие внимания на своих детей, всегда порицались обществом в разных социальных слоях. Однако и в наше время, существует огромное количество неблагополучных семей, где трудно определить стиль воспитания. Сложно рассуждать и о стиле воспитания социальных сирот.

Изменения в стилях семейного воспитания

Постепенно с развитием общества, появлением определенных художественных произведений отношение к воспитанию детей в семье стало меняться. Если раньше забота и ласка по отношению к ребенку зависела, в основном, от личностных особенностей родителей, особенно матери, то постепенно установки общества стали сдвигаться в сторону демократических установок, когда мнением и желанием ребенка стали интересоваться.

В Европе и Англии появились новые установки в стилях воспитания ребенка в семье. Англия, известная в историческом прошлом своими особенно строгими и жесткими способами воспитания в семье и школе, обратилась к другой крайности.

Однако, в последнее время в ряде европейских стран и в Соединенных Штатах Америки появились сомнительные, на мой взгляд, рекомендации. Так, современным родителям педиатры и психологи рекомендуют оставлять детей в подгузниках до трех лет. Более того, если ребенок приходит в детский сад со сформированными навыками опрятности, ему предлагают опорожняться в подгузник, вместо того, чтобы сопроводить в туалет.

В то же время специалисты рекомендуют предоставлять ребенку свободу выбора одежды и еды буквально с годовалого возраста. Считается, что таким образом будет формироваться свободная и независимая личность. О послушании, дисциплине речь не ведется вообще.

Когда ребенок, воспитывающийся по таким правилам, достигает трех лет, родителям рекомендуют начать приучать его к горшку. Мне приходилось наблюдать, как в лондонском парке мамы бегали за своими детьми с горшками в руках, что выглядело достаточно комично. Возникает вопрос: как же формируются основы эмоционально-волевой регуляции, когда ребенок, зачастую свободно владеющий речью и даже использующий планшет, не умеет контролировать акты дефекации и мочеиспускания?

В проблеме изучения стилей семейного воспитания и его влияния на будущую жизнь человека существуют разные аспекты. Было бы просто замечательно, если бы родители все делали правильно, и ребенок вырастал в самодостаточную позитивную личность. Но мы наблюдаем разные явления. В настоящее время многие взрослые люди увлечены темой детской травмы, которая, как они считают, негативно повлияла на их личную жизнь и профессиональный выбор. Но как они понимают свою детскую травму? Как сказала мне одна клиентка о своей матери: «Она просто мало меня любила!».

Второй парадокс заключается в общении с семьями, которые уделяли очень много внимания ребенку, читали специальную литературу, меняли стили воспитания, но результат оказался весьма плачевным. Произошел выход ребенка в трудный пубертат, а затем в социально-неблагополучную взрослую личность. Всегда ли следует винить в этом родителей? Некоторые дети оказываются не в состоянии взять от родителей образовательные, моральные и поведенческие ценности в силу преморбидных качеств личности, уровня интеллекта и влияния социума.

Как известно, изучение патологического развития в целом, патологии личности и патологии отдельных психических процессов, помогает расширить представления о многих явлениях человеческой психики.

Детская норма и патология

Как говорил известный детский психолог Д.Б. Эльконин, как бы плохо педагоги ни учили ребенка с нормативным

психическим развитием, он все равно научится читать, писать и считать. Это утверждение можно отнести, отчасти, и к стилям семейного воспитания. Несмотря на то, что сейчас специалисты не одобряют авторитарный стиль воспитания, во многих семьях более старшего поколения, применявших авторитетный и авторитарный стили воспитания выросли весьма достойные люди. Например, мы наблюдали это в семьях военных, особенно по отношению к воспитанию мальчиков. Такие наблюдения можно сделать и по отношению к другим стилям семейного воспитания. Так, девушка, воспитываемая в семье в гиперопеке, сумела отстоять свою независимость, свои профессиональные интересы и свой выбор партнера, став затем опорой для своей родительской семьи. Эти наблюдения наиболее верны для детей с нормативным психическим развитием. В то время как семьи, имеющие детей с разнообразными психическими отклонениями и заболеваниями, являются как бы лакмусовой бумажкой для понимания механизмов эффективного стиля воспитания каждого конкретного ребенка с отклонением в развитии.

Дети, больные эпилепсией

Родители детей, страдающих эпилептическими припадками, находятся в сложном положении в плане определения стиля воспитания своего ребенка. Дело в том, что любое замечание или требование, произнесенное строгим тоном, может спровоцировать эпилептический приступ. Развивающие занятия, необходимые ребенку, могут также оказывать негативное влияние на его психическое здоровье и поведение в целом. Страх родителей перед падением ребенка и получением ушибов и мозговых травм, которые могут ухудшить его здоровье, мешает формированию двигательных навыков и активности.

Так как характер детей с эпилепсией сам по себе достаточно сложный, родители вынуждены комбинировать демократический стиль с явным попустительством.

Дети с нарушением поведения

Дети с нарушением поведения являются смешанной группой, в которой находятся дети с разными диагнозами. В более узком понимании к такой группе мы относим беспокойных, агрессивных, трудно управляемых детей, уровень интеллекта при этом может быть разным.

Большие проблемы в воспитании возникают и с детьми со сниженным инстинктом самосохранения, когда, например,

ребенок может встать на подоконник открытого окна на высоком этаже, подвергая себя опасности. Объяснять таким детям почему нельзя так делать, как показал наш опыт, бесполезно. Также бесполезно объяснять детям этой категории, что нельзя мучить животных, кусать свою маму до крови и синяков. В этом случае родители вынуждены применять жесткий контроль и ограничения, так как иначе, следуя модным установкам воспитания: «достучаться», поговорить по душам, воспитывать на собственном примере оказывается неэффективным. Более того, с взрослением такого ребенка, проблемы могут усилиться.

Дети невротического склада и дети-невротики

Обладая повышенной чувствительностью, страхами темноты, одиночества, глубины и высоты, устрашающими сновидениями, такие дети нуждаются порой в гиперопеке и повышенном внимании, даже в некотором попустительстве, для предотвращения формирования функциональных нарушений нервной системы в виде тиков, заикания и энуреза. Сюда также можно отнести привычные рвоты, боли в животе, нарушения сна и питания.

Дети невротического склада часто имеют высокий интеллект, что приводит к непосильной для их возраста нагрузке по переработке полученной информации. Их самосознание не может вместить понимание неких глобальных проблем, связанных с теорией бесконечности, вопросов жизни и смерти, сексуальных отношений.

Гипоопека для таких детей может оказаться также фатальна, как и авторитарный стиль.

Дети с интеллектуальной недостаточностью

Дети с задержкой психического развития и дети с легкой степенью умственной отсталости могут приобрести дополнительные нарушения поведения и невротические реакции, если объем и уровень коррекционных развивающих занятий, повышенные требования родителей к успеваемости в школе превысят врожденные возможности ребенка. В то же время демократический стиль воспитания такого ребенка, который кажется всем родителям наиболее привлекательным, не является эффективным, так как дети этой категории имеют низкую познавательную активность и потребность в приобретении новых знаний и навыков. Также у таких детей легко формируется низкая самооценка и они не умеют преодолевать трудности, особенно в интеллектуальной деятельности. Только сочетание

четких требований с поощрением успехов ребенка поможет ему развиваться на доступном уровне знаний.

Дети с расщелиной мягкого и твердого неба

Родители детей с расщелиной мягкого и твердого неба находятся в весьма сложной ситуации в плане определения стиля воспитания своего ребенка. Некоторые из них, обратившись к психологам, получают советы, что главное – это не сформировать у ребенка заниженную самооценку, дать ему уверенность в родительской любви. Однако, как показали наши исследования, ребенок естественным образом растет в ситуации «культы болезни». Он вызывает у своих родителей не только любовь, но и душевную боль, страдание за своего ребенка. Наша совместная работа с пластическими хирургами доказала необходимость по возможности ранних, реконструктивных операций для того, чтобы сконцентрировать семью на позитивном видении будущего. Психологическое сопровождение развития такого ребенка заключается в гибкой перестройке стиля родительского воспитания в зависимости от реального положения количества и эффективности реконструктивных операций.

Взросление ребенка с отклонениями в психическом развитии и переход его на следующую возрастную фазу, может потребовать изменения в стиле родительского воспитания. Преодоление физического дефекта внешности, преодоление детских страхов и функциональных нарушений нервной системы, нарушений сна и питания, наконец, выход в пубертатный возраст часто требуют пересмотра стиля общения с ребенком.

Выводы

Дети с разнообразными психическими отклонениями и заболеваниями не вписываются в общую картину рекомендаций по стилям воспитания в семье.

Дети с нарушением психического развития нуждаются в выработке оптимальных комбинаций и сочетаний отдельных стилей воспитания и общения в семье. Некоторым из них будут полезны те стили, которые непопулярны для воспитания современного ребенка с нормативным развитием.

Учет максимального количества особенностей состояния здоровья и психологических особенностей детей и их родителей, поможет преодолеть определенные трудности раннего возрастного периода.

Новый возрастной период может потребовать пересмотра стиля семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии. Этот вывод распространяется и на подход к воспитанию детей с условно-нормативным развитием.

Литература

Буянов М.И. Ребенку нужна родительская любовь. М.: Знание, 1984.

Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.

Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977.

Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Л.: Медицина, 1988.

Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 1993.

Кадырова З.Р. Формирование нравственных норм у старших дошкольников в разных условиях семейного воспитания: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1987.

Капустин С.Н. Интегративный подход к пониманию личностных предпосылок проблем клиентов психотерапии и психологического консультирования. М.: Когито-Центр, 2022.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2000.

Глава 9

И. В. Добряков

Теоретическое и прикладное значение концепции Отто Ранка в настоящее время

В середине XX века Джорджем Энжелом было предложено сменить распространенный в медицинской практике биомедицинский подход на холистический, учитывающий не только биологические, но и психологические, и социальные аспекты болезни. Энжелу удалось показать, что биопсихосоциальный подход способствует лучшему пониманию причин болезни, формированию доверительных отношений врача и пациента (Engel, 1977). В настоящее время биопсихосоциальная парадигма используется для дальнейшего развития исследований этиопатогенеза заболеваний и поиска новых возможностей для их терапии и профилактики (Незнанов с соавт., 2020). При внедрении биопсихосоциального подхода актуальным оказалось обращение к работам Отто Ранка. Его идеи получили развитие и успешно внедряются в медицинской психологии, психотерапии, психиатрии, а также таких разделах медицины как перинатология, акушерство, неонатология, репродуктология и др. Их использование способствует лучшему пониманию и конструктивному решению ряда теоретических и практических проблем в области психологии и медицины. Закономерно их влияние и на развитие современного психоанализа.

Монографию «Травма рождения» Отто Ранк посвятил своему учителю Зигмунду Фрейду, который высоко оценил ее содержание. П. Розен, посвятивший монографию Фрейду и его последователям, отмечает, что именно «*Ранк идеально подходил для того, чтобы стать его преемником*» (Roazen, 2005. С. 430). Один из учеников Фрейда и его биограф Э. Джонс, испытывавший к Ранку сильную зависть, считавший, что учитель «*переоценивал его талант и потенциальный вклад в развитие психоанализа*» (Roazen, 2005. С. 417), несмотря на это, вынужден был свидетельствовать, что «*первоначальной реакцией Фрейда на книгу Отто Ранка было недоверие. Четыре месяца спустя после появления книги он сказал, что испытал шок и опасение растворения работы всей его жизни по этиологии невротозов в том значении, которое придается травме рождения. Вскоре, однако,*

этот шок уступил место радости по поводу того, что Ранк сделал открытие фундаментальной важности». Джонс повторяет услышанную от учителя фразу о концепции Ранка: «Я не знаю, правдивы ли здесь 33 или 66%, но, в любом случае, это самое важное достижение с момента открытия психоанализа» (Jouns, 1996. С. 344).

Ранк вместе с Шандором Ференци (Ferenci) *«выступал против интерпретационного фанатизма, превращавшего ... психоанализ в эмоционально-бесплодное интеллектуальное исследование»* (Рассохин, 2000. С. 38-39). Это вызывало недовольство многих, а *«те, у кого были причины испытывать ревность к занимаемому Ранком положению, по словам одного аналитика, набросились на Ранка, как стая псов»* (С. 433-434). Особенно усердно боролись с «ересью» Карл Абрахам (Abraham) и Эрнест Джонс (Jouns). К сожалению, их старания увенчались успехом. До сих пор незаслуженное клеймо «диссидента» с Ранка не снято, его работы почти не цитируются.

В своей книге «Травма рождения» Ранк писал, что его концепция *«является непосредственным продолжением исследований Фрейда»*, *«первой попыткой приложить психоанализ к пониманию развития человечества и самого становления человека»*, писал, что она имеет *«далеко идущие психические последствия для всего развития человечества»* (Rank, 2004. С. 43, 45). Ранк подчеркивал, что *«Фрейд выбрал единственно верный путь, по которому» он продолжал идти* (Rank, 2004. С. 196-197).

Свою основную задачу Зигмунд Фрейд видел в том, чтобы обнаружить зарождение психической жизни, то есть он пытался воспроизвести ее начало, однако пользовался парадигмой, которая мало учитывала необходимость наблюдения за ребенком (Lebovici, 2007). Ранк же сосредоточил внимание на ребенке, появляющемся на свет, предположил, что особое значение для развития его психики имеет травма рождения и ее последствия. Влияние Ранка на развитие современной перинатальной психологии и психиатрии, психоанализа бесспорно, однако, как уже было указано, цитируют его редко. Даже в фундаментальном докладе Сержа Лебовиси «Психиатрический подход к младенцу. Развитие психиатрии новорожденных», сделанном на франко-русском коллоквиуме по психоанализу в Москве в 1996 году (Lebovici, 2007), имя Ранка не упоминается, хотя очевидно отражение и развитие его идей в работах как постфрейдистских психоаналитиков,

так и специалистов иных направлений, занимающихся вопросами перинатальной психологии и психотерапии.

Развивая идеи учителя, Ранк выдвинул стройную концепцию, многие положения которой были развернуты в дальнейшем другими авторами, нашли широкое практическое применение. Сутью концепции Ранка явилось перемещение фокуса внимания в психоанализе с отца на прездипальную мать и развивающегося в утробе пренейта. Термин «пренейт» (греч.: *pre-* – вокруг, около; лат.: *natus* – рождение) объединяет сменяющие друг друга в зависимости от срока беременности названия «эмбрион» (зародыш) и «плод» (Emerson, 2005; Алексеева, Охлопкова, 2018 и др.).

В течение 9 месяцев беременности пренейт имеет интимно связанные, практически общие с матерью физиологические и психические процессы. Однако *«первичное состояние удовольствия прерывается актом рождения... При рождении возникает первичный аффект тревоги, который «действует на протяжении всей жизни. Жизнь человек проводит в попытках вновь обрести этот утраченный рай на окружающих путях либидо»* (Rank, 2004. С. 192-193). Ст. Гроф повторяет метафору Ранка о внутриутробном рае, отмечая, что *«в периоды безмятежной внутриутробной жизни условия для ребенка близки к идеальным»*. *«Тело матки и околоплодная жидкость защищают эмбрион от громкого шума и сотрясений, и в матке поддерживается относительно постоянная температура. Все это создает атмосферу безопасности, защищенности и немедленного, не требующего усилий удовлетворения всех нужд»* (Grof, 2006. С. 50-51). Д.В. Винникотт, которого Серж Лебовиси называет *«гениальным клиницистом, пришедшим от педиатрии к психоанализу»* (Lebovici, 2007. С. 443), отмечает, что внутриутробное пребывание дает человеку на самом раннем этапе онтогенеза опыт исходного симбиотического единства плода с материнским организмом. При этом *«мать представляет собой сложноорганизованную личность, а ребенок (пренейт) вначале – нечто противоположное всякой сложности»* (Winnicott, 1998. С. 29). Ранк считает пережитую при рождении сепарационную тревогу, возникающую в результате перехода от чрезвычайно приятной ситуации к чрезвычайно болезненной, первым содержанием восприятия новорожденного, его первым психическим актом.

Отделение от матери в процессе родов (сепарация), смена внутриутробной обстановки единства с матерью на пребывание в огромном холодном мире, наполненном звуками, светом, *«представляет собой универсальный человеческий опыт»*, приводящий к возникновению сепарационной тревоги. Фрейд значительно *«позже, когда ему было 70 лет, включил сепарацию и потерю объекта в переработанную теорию тревоги»* (Quinodoz, 2008. С. 24). С. Лебовиси констатирует: *«В своей последней теории тревоги Фрейд пришел к гипотезе, что в течение всей нашей жизни тревога является сигналом-симптомом, предупреждающим нас об опасности отделения, то есть об опасности потерять любовь матери»* (Lebovici, 2007. С. 439). *«При рождении возникает сепарационная тревога, имеющая бессознательную природу и тенденцию к повторному возникновению в неблагоприятных ситуациях в качестве инфантильного опыта»* вторит им психоаналитик XXI века Ж.-М. Кинодо (Quinodoz, 2014).

Для психического здоровья ребенка необходимо чтобы после рождения его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло. Д.В. Винникотт подчеркивал, что при кормлении грудью важно не только питание, но и общение матери с ребенком, чтобы *«обеспечить его богатством переживаний»* (Winnicott, 1998. С. 26).

Уникальное образование, сочетающее организмы младенца и беременной женщины, имеющие общие телесные и психические границы, обладающие относительным функциональным единством, получило название *антенатальной диады*. После рождения диадные отношения новорожденного и матери сохраняются в форме постнатальной диады: *«фундаментальный постулат гласит, что существует полный первоначальный союз между новорожденным и его матерью: действительно, ребенок полностью зависит от ее ухода. Его зависимость является полной, поскольку он не способен сам удовлетворять свои нужды»* (Lebovici, 2007. С. 439). Единство матери и ребенка получило название *бондинг* (англ.: bond – связывать, соединять), а меры, позволяющие поддерживать постнатальную диаду, забота, которой мать окружает младенца после рождения (включая и грудное вскармливание), сохраняющая общие границы и диадные отношения – *холдинг* (англ.: holding – поддержка) (Winnicott, 1998 и др.).

Мать ребенка *не только под-держивает, но и за-держивает, и с-держивает и т.д.* Ища грудь матери младенец «*реактивирует сенсорные переживания, испытанные им во время беременности; если ребенок пьет молоко матери, он может вспомнить свои внутриутробные переживания*» (Lebovici, 2007. С. 444). Мать является основным поставщиком стимулов для удовлетворения сенсорной жажды младенца. Именно она дает малышу сигналы о том, что радуется, что опасно в страшном окружающем мире. Если она не понимает, что ребенку нужно, раздражается на него, если ее мимика, голос не отражают эмоций или выражают лишь отрицательные («still face»), тревога малыша растет, и адаптация его в новом для него мире затруднена. Тревога у таких детей растет, а «... *любая детская тревога является тревогой рождения, а целью всякого детского удовольствия, соответственно, является восстановление внутриутробного удовольствия...*» (Rank, 2004. С. 62). Именно это объясняет то, что в разных странах и культурах дети так любят игру «в прятки (*своего рода колдовство*), которую без усталости повторяет ребенок, представляя ситуацию сепарации и нового воссоединения» (Rank, 2004. С. 62). Фрейд отмечал подобную игру у своего внука. Согласно «*замечательному наблюдению Фрейда, тревога исчезает, когда ребенок осознает существование (близость) любимых людей (контакт, голос и т.д.)*» (Ранк, 2004. С. 56).

Идеи Ранка о том, что повышение тревоги у маленького ребенка и проявления их последствий связаны с качеством отношений матери и ребенка, получили развитие в исследованиях Джона Боулби и Мери Эйнсворт. Джон Боулби убедительно показал, что создание благоприятных условий для развития ребенка обеспечивают удовлетворение сенсорной жажды, аффективную насыщенность. Одной из важнейших базовых потребностей ребенка он считал потребность в близости к ухаживающему за ним человеку, иными словами, потребность в сохранении диадных отношений в постнатальном периоде. Боулби отметил, что еще не достигший годовалого возраста малыш уже способен определять такое расстояние до матери, на котором она может улавливать его знаки о возникающих потребностях, то есть расстояние, на котором он находится в относительной безопасности.

Неуклонный процесс сепарации проявляется увеличением расстояния доступности матери. При этом у ребенка растет се-

парацсионная тревога, активизируется деятельность, направленная на восстановление близости. Совершенствование развивающейся моторики, накопление количества знакомых не представляющих опасности окружающих объектов и ситуаций, придает уверенность в себе, снижает сепарационную тревогу, побуждает к увеличению допустимого расстояния близости к матери, способствует исследовательской деятельности и адаптации к новым ситуациям (Bowlby, 1969). Мэри Эйнсфорт (ученица и соратница Джона Боулби) подтвердила, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. В результате наблюдений за реакциями детей на разлуку с матерью она выделила три основных типа привязанности: безопасную, избегающую и амбивалентную (Ainsforth, 1983). Небезопасные варианты привязанности указывают на дисгармоничные отношения в постнатальной диаде, сопровождаются высоким уровнем сепарационной тревоги. Безопасный тип привязанности характерен при гармоничных постнатальных диадных отношений матери и ребенка (достаточного бондинга), способствует снижению уровня сепарационной тревоги.

Неполноценность, а тем более отсутствие эмоционального и физического контакта с матерью, расставание с ней и прерывание диадных отношений переживается ребенком тяжело. Возможно развитие анаклитической депрессии, описанной Р. Шпитцем (Spitz, Godfrey Coblner, 2001).

В силу недифференцированных психических и соматических структур младенцев на внешние воздействия они реагируют *диффузно*. Ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия проявляются в некоординированной мышечной деятельности (двигательная буря), соматовегетативных нарушениях. Причем в основе возникновения этих симптомов, как правило, лежат психологические проблемы диады, отношения в которой негармоничны (Spitz, Godfrey Coblner, 2001).

Психический и соматический элементы в реакциях маленького ребенка нерасторжимо связаны друг с другом. Развивающиеся возможные нарушения в настоящее время квалифицируются как психосоматические (Исаев, 2000; Антропов, Шевченко, 2002 и др.). К таким нарушениям у младенцев относятся: младенческая колика, аэрофагия, пищевое

недоразвитие, мерицизм (F98.2), а также младенческая анорексия и переедание (F50) (МКБ-10).

Требование груди у таких детей не повод утолить голод, а попытка снизить тревогу, почувствовать свое влияние на мать, ее близость. Чем выше тревога, тем чаще ребенок принуждает себя есть. Процесс кормления символизирует связь с матерью. Тенденции младенцев к перееданию, к многократному произвольному отрыгиванию проглоченной пищи с последующим повторным ее пережевываем (мерицизм) свидетельствуют о наличии дисгармоничных отношений в постнатальной диаде (Исаев, 2000).

Результаты нашей работы выявили зависимость качества гармонии постнатальной диады и возникновения психосоматических расстройств у младенцев от качества отношений в диаде антенатальной. Характер диадных отношений женщины и пренейта отражают особенности формирующегося во время беременности психологического компонента гестационной доминанты. Нами было выделено 5 вариантов психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный. Оказалось, что у большинства мам, находящихся в гармоничных отношениях со своими младенцами, понимающих их и сформировавших с ними качественный протодиалог во время беременности отмечался оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты. У детей женщин, имеющих другие варианты, чаще отмечались проблемы (Добряков, 2015).

Негармоничные отношения в диаде мать-дитя З.А. Шпиз отмечал у детей, страдающих младенческими коликами (Spitz с соавт, 2001). D.M. Levy объяснял их возникновение первичным тревожным попустительством матери (Levy, 1937). Наши исследования выявили, что у матерей, дети которых испытывали колики, во время беременности был тревожный вариант психологического компонента гестационной доминанты (Dobriakov I., 2007).

Аэрофагия возникает при заглатывании воздуха младенцами при жадном сосании или безотносительно к приему пищи (Исаев, 2000). У их матерей во время беременности были выявлены либо тревожный, либо гипогестогнозический варианты психологического компонента гестационной доминанты. Эти же варианты, а также депрессивный вариант характерны

для матерей младенцев с инфантильной анорексией и анаклетической депрессией. Выраженный гипогестогнозический вариант часто развивается у беременных женщин неудовлетворенными отношениями с мужем и/или при скрытом нежелании иметь ребенка. У их младенцев часто наблюдается пищевое недоразвитие, при котором происходит уменьшение массы тела ребенка при достаточном поступлении пищи и без проявлений каких бы то ни было заболеваний (Добряков, 2015).

Инициированные Ранком идеи о единстве и необходимости его сохранения после родов получили развитие в практике неонатологов при оказании помощи младенцам с расстройствами, признанными психосоматическими. Стало ясно, что лечебные воздействия должны быть направлены не только на младенца, но и на мать, на всю систему в целом и носить не только медицинский, но и психокоррекционный характер. Профилактикой развития психосоматических расстройств у младенцев является определение в период беременности отклоняющихся типов психологического компонента гестационной доминанты и при необходимости их коррекция.

Таким образом, результаты исследований показали правоту идей Ранка о зависимости интенсивной тревоги вызванной сепарацией в процессе родов и возможности снижения ее уровня путем создания благоприятных условий формирования постнатальной диады (бондинга). Этого не происходит, если, как это было долгое время принято во многих странах, включая Россию, родильнице лишь показывали новорожденного и, не допуская контактов, уносили его, возвращая лишь на краткие периоды кормления, а затем вновь разлучая. Понятно, что такая практика провоцировала рост сепарационной тревоги у обоих, отрицательно сказывалась на формировании диады мать-дитя. Нередко у женщин появлялись идеи о возможности подмены ребёнка на чужого, возникали трудности становления лактации. Отрыв ребёнка от матери – это насилие над новорожденным и его матерью (Добряков и соавт., 1997). Ни мать, никого из родственников до этого ни на роды, ни к находящемуся на отделении младенцу не допускали.

В 1985 году на основании результатов масштабных исследований, предпринятых в разных странах, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала и выпустила рекомендации, согласно которым разлучать здорового новорождённого с родильницей не следует. Целесообразным

было признано немедленное прикладывание к груди младенца прямо в родильном зале сразу же после родов.

В 2003 году ВОЗ выпустило практическое руководство применения так называемого «метода кенгуру» (kangaroo mother care), зарекомендовавшего себя как «...*эффективный, легкий в использовании, поддерживающий и улучшающий здоровье и благополучие, и недоношенных, и доношенных новорожденных*» (ВОЗ рекоменд., 2003. С.70.). В России этот метод официально признан и принят с 2011 года.

В 2018 году ВОЗ с учетом проведенных исследований обновила и опубликовала новые рекомендации по оказанию медицинской помощи беременным женщинам. Руководство содержит 56 пунктов, в числе которых также есть рекомендация новорожденным без осложнений (включая детей с низким весом, если они клинически стабильны), в течение первого часа после рождения находиться в контакте кожа-к-коже со своими матерями (SSC), как можно раньше приложить их к груди, чтобы предотвратить гипотермию и способствовать грудному вскармливанию, то есть обеспечивать новорожденному оптимальную физиологическую стабильность (ВОЗ, 2018). Разумеется, это способствует и успешному формированию бондинга.

На фундаментальной идее сохранения единства матери и младенца, пагубности их разлучения основаны сравнительно недавно разработанные и внедряемые в перинатальную медицину *семейно-ориентированные технологии* (Баранов с соавт., 2020; Заячникова, 2018; Мальгина и соавт., 2012; Карпова с соавт., 2018 и др.). С учетом семейно-ориентированного подхода разработана новая модель *выхаживания* новорожденных в неонатологическом отделении реанимации и интенсивной терапии. Она предполагает привлечение матери к уходу за младенцем. Постоянное присутствие матери позволяет не разрывать диадных отношений, активно участвовать в оказании помощи детям. Матери сами их кормят (используя при первой возможности «метод кенгуру»), меняют памперсы, купают, дают препараты через рот, отслеживают динамику роста и веса, наблюдают за изменениями в состоянии малыша. Таким образом повышается качество бондинга, сохраняется эксклюзивное грудное вскармливание, матери овладевают навыками наблюдения за ребенком, проведения ему гигиенических процедур. В совместных обходах они помогают понять ребенка и принять решение по уходу за ма-

лышом, формируют комплаентные отношения с персоналом (Dobriakov, Zavialova, 2019).

Эффективность бережного отношения к антенатальной диаде подтверждают, например, результаты работы отделения реанимации и интенсивной терапии Калужского перинатального Центра. При переходе отделения на модель семейно-ориентированного выхаживания младенческая смертность детей до 1 года за двухлетний период сократилась почти вдвое. Если до перехода на систему семейно-ориентированного ухода из-за проблем с лактацией матерей лишь 50% новорожденных получали грудное молоко, то при сохранении диады их количество увеличилось до 90% (Карпова с соавт, 2018. С. 29).

Неверно полагать, что концепция Ранка и работы, развивающие его идеи, касаются лишь закономерностей раннего этапа онтогенеза. В течение всей жизни сепарационная тревога сопровождает человека, влияет на развитие его личности, имея тенденцию усиливаться или снижаться под влиянием горизонтальных и вертикальных стрессоров (Эйдемиллер Э.Г. с соавт., 2007). Идеи Ранка о сепарационной тревоге занимают большое место и получают развитие в работах Карен Хорни. Как и Ранк, она отмечает, что лишь возведя здание на заложенном Фрейдом фундаменте реально осуществить возможности, открытые психоанализом, – как в теории, так и в терапии. Сущность психоанализа Хорни видит *«в определённом направлении мышления, сосредоточенного на роли подсознательных процессов и способах выражения этих процессов»* (Horney K., 1993. С. 5). Сепарационную тревогу Хорни называет базальной и определяет ее как интенсивное и всепроникающее ощущение отсутствия безопасности перед лицом потенциально опасного мира, вызывающее чувство изолированности и беспомощности. Уровень появившейся в раннем детстве базальной тревоги, ее динамика зависит от стиля воспитания ребенка родителями, влияет на формирование образа Я человека (Horney K., 1993). В течение всей жизни человек испытывает *«...стремление вернуться к первичному внутриутробному состоянию удовольствия, в котором мы видим первичную тенденцию либидо и выражение величайшей возможности наслаждения, неразрывно связано с первичной тревогой»*. Это *«первичное состояние удовольствия прерывается актом рождения...»* (Rank, 2004. С. 192).

Помимо физических родов, имеющих четкие временные границы, человек переживает *психологическое рождение*, являющиеся медленно разворачивающимся внутриспсихическим процессом ослабления постнатальных диадных отношений (Mahler с соавт., 1975), Как отмечает С. Лебовиси постнатальная *«диадная связь матери и ребенка контекстуализирована внешней ситуацией»* (Lebovici, 2007. 453).

Примерно до 5 месяцев внеутробной жизни ребенок находится в *фазе нормального симбиоза*. В этот период диадные связи еще крепки, степень тревоги зависит от качества постнатальной диады (бондинга). На сменяющей фазу нормального симбиоза *фазе индивидуации-сепарации* происходит последовательное продвижение от полной зависимости – через относительную зависимость – к независимости, то есть *психологическое рождение*. Ребенок обретает способность четко определять границы окружающих объектов, различать свои границы и границы матери, овладевает новыми знаниями, навыками (Mahler с соавт., 1975). Постепенно, но неуклонно он сепарируется от матери, испытывая при этом амбивалентные эмоции. Он переживает кризис, выражающийся одновременными страхом самостоятельности и стремлением к ней, появлением в поведении негативизма и упрямства. Э. Эриксон называет этот период развития фазой автономии, подчеркивает появление таких сложных переживаний как сомнение, чувства гнева, стыда, связанные с чрезмерной опекой матери, пытающейся сохранять прежнее диадное единство и не считающейся с его появившейся потребностью исследовать окружающий мир. Сомнение матери в возможностях ребенка быть самостоятельным порождает у него неуверенность и тормозит развитие автономии (Erikson, 2000). Л.С. Выготский считал, что это один из наиболее трудных периодов в жизни ребенка (Выготский, 1997). К признакам психологического рождения относятся способность фиксировать воспоминания, осознание им переживаемого опыта и способность к экстраполяции, возникающее к определенному, хотя и не строго обозначенному во времени моменту; постепенное построение отношений ребенка с внешними объектами; появление телесных и психических границ субъект-объектного членения. *«Все, что оказывается по одну сторону этой границы – есть Я, а то, что лежит по другую – иное»* (Тхостов, 2002. С. 64.). *«Достаточно сформировавшаяся идентичность, проявляемая тем, что ребе-*

нок *начинает говорить «I am!»* (Winnicott, 1998). М. Якоби также определял сепарацию как дистанцирование путем формирования границ, разделяющих мать и ребенка, обращая особое внимание на установление телесных границ, выражающееся появлением чувства стыда наготы, присущего только людям и отражающего ощущение собственной половой и индивидуальной идентичности (Jacoby, 1991).

Окончательно психологическое рождение в норме должно произойти в подростковом-юношеском возрасте активного самосознания. При этом происходит завершения формирования социально-нравственных оценок, противопоставления своего «Я» окружающей действительности (Выготский, 1997; Erikson, 1996). Сохранение диадных отношений свидетельствует о продолжении симбиотических связей с матерью, об отсутствии полноценного психологического рождения. Для этого возраста характерны сохраняющаяся инфантильность, несамостоятельность, а также отражающая скрытый страх инцеста интимофобия, затрудняющие установления отношений с противоположным полом, вступление в брак. В результате - высокая степень базальной тревоги.

У людей с развитым самосознанием и абстрактным мышлением возникают неразрешимые вопросы о времени, жизни и смерти, о смысле жизни, о собственном предназначении. Отсутствие однозначных ответов, состоявшаяся сепарация от матери приводит к острому переживанию экзистенциального одиночества, к повышению сепарационной-базальной тревоги. В тяжелых случаях это находит проявление в метафизической интоксикации.

Попытки снизить уровень тревоги могут быть неконструктивными, приводящими к социальной дезадаптации, к нервно-психическим и психосоматическим расстройствам. К таким неконструктивным способам относятся химические и нехимические зависимости, конспирологические поиски врагов с формированием сверхценных агрессивных идей и увлечений, бродяжничество, фанатичные религиозные идеи и ритуалы, промискуитет, стяжательство, делинквентное поведение и пр.

К конструктивным социально приемлемым путям снижения базальной-сепарационной тревоги относятся вызывающие интерес и удовлетворение творчество, учеба, работа, спорт, увлечения, общение. Особое место в этом ряду занимает *«потребность в соединении с другим как спасение от одиночества»*

(Fromm, 1990. С. 45), любовь и рождение ребенка. Отто Ранк писал об этом: «...Жизнь человек проводит в попытках вновь обрести утраченный рай на окружающих путях либидо... Единственная реальная возможность приблизительного восстановления первичного удовольствия дана в сексуальном контакте, то есть в частичном и чисто телесном возвращении в утробу» «Сексуальное желание воссоединения с объектом является у человека стремлением устранить первичную травму, а половая любовь, достигающая кульминации в соединении двух существ, является самой утонченной попыткой частичного восстановления отношений матери и ребенка, которая полностью реализуется лишь в новом зачатии» (Rank, 2004. С. 192-194). Иными словами, снижение степени сепарационной тревоги достигается поисками и формированием новой диады. Любовь можно сформулировать как стремление человека найти другого человека, которому бы он полностью доверял, который бы оценил и признал его уникальность, для которого он был бы единственным, с которым он мог бы стереть и душевные границы, и телесные границы, то есть стремление сформировать новую диаду – диаду любовного холона (Dobriakov, 2007; Добряков, 2022). Суть полового акта у человека сводится к как можно большему взаимопроникновению, сводящему на нет границы тел. Таким образом, человек воссоздает первичную пренатальную матрицу через половую любовь, вторично формируя диаду, но уже диаду любовного холона. Однако, важно подчеркнуть, что один лишь телесный контакт без душевной близости не избавляет от чувства одиночества, не приводит к снижению базальной тревоги. Э. Фромм пишет, что «сексуальный акт без любви никогда не может перекинуть мост над пропастью, разделяющих два человеческих существа» (Fromm, 1990. С. 27.).

Многие авторы отмечали схожесть отношений в любовном холоне с тем, что происходило в диаде мать-дитя. Д. Моррис отметил, что у людей в процессе акта спаривания появляются телесные контакты, свойственные отношениям матери и младенца, причем, они наблюдаются во все периоды полового акта, который служит не только для того, чтобы оплодотворить яйцеклетку, но и для того, «чтобы оплодотворить отношения» (Morris, 1997). М. Якоби заметил, что любовники создают идиоматический язык общения, имеющий определенное сходство с диалогом матери и младенца (Jacoby, 1991)

Именно «стремление возвращения в рай» объясняет огромную значимость любовных отношений для человека, так как у людей *libido* не ограничивается репродуктивной функцией, а приобретает значение при решении экзистенциальных проблем смерти и одиночества. О. Ранк считал, чем сильнее родовая травма, тем труднее взрослому человеку устанавливать сексуальные отношения удовлетворительным образом. Угроза повторения первичной тревожности, опасения вновь испытать невыносимую боль, связанную с сепарацией от первичного объекта, может препятствовать компенсаторному приспособлению к реальности (Rank, 2004).

Создание диады супружеского холона позволяет и мужчине, и женщине не чувствовать себя одинокими в этом мире и снизить базальную тревогу. Однако, при возникновении беременности и родов женщина становится членом одновременно двух диад, причем в результате формирования материнской доминанты отношения в диаде мать-дитя для нее, как правило, важнее супружеских. Именно эта триангуляция вызывает у мужчины новый рост базальной тревоги, он ревнует жену к своему ребенку.

«В самом счастливом браке отец чувствует, что ребенок, в особенности его маленький сын, сделался его соперником, и отсюда берет начало глубоко коренящаяся в бессознательном враждебность к пользующемуся первенством» (Freud, 1912. С. 86). Основные механизмы формирования комплекса Лайя заключаются в состязательности (агональности) отношений отца и ребенка, а не в скрытом педофильном влечении отца к ребенку, как их иногда трактуют.

Если же мать не целиком посвящает себя младенцу, возвращаясь к мужу учреждает «цензуру любовницы» она, таким образом, *становится всего лишь «достаточно хорошей матерью*, что приводит к росту сепарационной тревоги у ребенка (Lebovici, 2007. С. 439).

Семейным психотерапевтам это хорошо знакомо. Так, например, К.А. Витакеру очевидно, что это является «одним из ключей к пониманию отцовской амбивалентности к детям». Он пишет: *«С одной стороны, мужчина «побеждает» и подтверждает свою потентность, становясь отцом, с другой – «проигрывает» новорожденному, который сигнализирует ему о конечности жизни и неминуемости конца царствования»*. И далее: *«На фоне глубокого, корневого общения матери*

и ребенка контакт жены с мужем кажется совсем бледным. Все больше муж понимает, что он исключен биологически и отослан в мир психосоциальных отношений. ... Поняв, что беременная жена отвернулась от него, муж часто склонен вкладывать свои чувства в борьбу за добывание денег или влияния во внешнем мире или в любовь к другой женщине. Когда он отворачивается от жены за то, что она отвернулась от него, начинается мучительный процесс, когда гордость подогревает вечное соревнование в семье за обладание теплом и лаской. ... Часто все это провоцирует настоящий развод, выражающий и усугубляющий уже произошедший эмоциональный развод» (Whiticer, 1998. С. 70-72).

Наши исследования показали, что успешность разрешения связанных с комплексом Лайа проблем во многом зависит от того, на какой стадии формирования супружеского холона возникла беременность и произошло рождение ребенка. На стадиях компромиссов, зрелого холона и ренессанса, как правило, создаются условия, благоприятные для зачатия ребенка, течения беременности, родов, для формирования раннего диалога родителей с малышом, его гармоничного воспитания. На стадиях добрачных отношений, конфронтации и середины жизни (экспериментирования с независимостью) чаще возникают отклонения в формировании гестационной доминанты, раннего диалога в системе «мать-дитя», типа семейного воспитания. Семьи, находящиеся на этих стадиях развития, составляют группу риска по развитию у их членов психосоматических и нервно-психических расстройств, нуждаются в психотерапии (Dobriakov, 2012). Предотвратить дисгармонию треугольных отношений и развод может грамотная родовая подготовка, адекватно проведенные партнерские роды (Добряков, 2015), учитывающая, что «отец может и должен также играть роль в этой контекстуализации» отношений матери и ребенка (Lebovici, 2007. С. 453).

Семейно-ориентированные технологии предполагают проведение партнерских родов. В руководстве ВОЗ 2018 рекомендовано предоставлять женщине возможность присутствия рядом с роженицей во время схваток и родов близкого человека (ВОЗ 2018, Рекомендации...). Однако, целесообразность партнерских родов до сих пор вызывает много споров, так как нередко присутствие мужа на родах ухудшало дальнейшие отношения супругов. Практика показала, что это происходит,

если мужчины не подготовлены или неверно подготовлены к участию в партнерских родах. Г.Б. Мальгина приводит два варианта поведения таких мужчин:

– *пассивно-созерцательное* поведение, при котором муж, испытывая тревогу и, нередко, отрицательные эмоции, не мешает, но пассивно наблюдает за действиями жены, медицинского персонала, испытывая, как правило, чувство беспомощности и большую тревогу;

– *агрессивно-наступательное* поведение, которое проявляется попытками мужчин активно и бесцеремонно вмешиваться в действия медицинских работников, требовать у них подробного отчёта и объяснения любой манипуляции, «командовать» действиями жены, не помогая ей, а только отвлекающая, мешая, нервируя (Мальгина с соавт., 2012).

При грамотно проведенной с супругами дородовой подготовке они обладают полной информацией о психологической специфике родового процесса, представляют силу воздействия этого процесса на личностную сферу и лишь тогда принимают решение о совместном участии в родах (Добряков, 2009). В результате поведение мужчины в партнерских родах *активно-адекватное*. Он играет роль своеобразного «посредника» между медицинским персоналом и роженицей выполняет их рекомендации. Он помогает жене занять наиболее удобную позу, умело осуществляет некоторые обезболивающие манипуляции (Мальгина с соавт., 2008), а главное, своим уверенным поведением и постоянным диалогом с женой, настраивает ее на адекватную оценку происходящего, радостное ожидание долгожданной встречи с малышом. Это происходит в течение нескольких часов, пока идет раскрытие шейки матки. Женщины в этом периоде ожидания особенно нуждаются в поддержке. С начала периода изгнания рекомендуется удалить мужчину из родильного зала, так как он будет только отвлекать женщину, смущать ее. Сразу после появления новорожденного, отцу рекомендуется вернуться к жене, поддержать младенца на руках, попытаться установить контакт глаза в глаза, чтобы запустить механизмы импринтинга, то есть моментального взаимного запечатления, сопровождающего эмоциями высокого накала. Когда мужчина через глубокую эмпатию, сопереживание жене становится причастным к факту рождения, проживает происходящее вместе с ней – в это время рождается не только ребенок, в этот момент в психологическом смысле,

рождается Отец. При этом гармония отношений супругов и ребенка в триангуляции наступает благодаря идентификации отца с ребенком как с «продолжением рода» и размещению в нем нарциссически питающих проекций (Ковалец, 2020). Понимание этого имеет огромное значение для профилактики дисгармонии супружеских отношений, часто возникающих после родов даже желанного обоими супругами ребенка.

Таким образом грамотное проведение партнерских родов, может предупреждать проблему соперничества диад, способствовать улучшению взаимоотношений супругов, предупреждать возникновение в дальнейшем проблем формирования комплекса Лайя и в эдипальной стадии развития (Добряков, 2009).

Полагаю, нельзя не согласиться с Отто Ранком, что *«Понимание рождения индивидуальности из самости как последовательного психологического осуществления первоначальной травмы рождения и отрыва от матери приводит нас к другой методологии лечения и к другим научным представлениям»* (Rank, 2004. 222). Идеи Ранка позволили лучше понять процессы, связанные с формированием семейных отношений, с репродукцией, с гестацией и с родами, с ранними этапами онтогенеза. Их внедрение в организацию практической деятельности семейных психологов и психотерапевтов, репродуктологов, акушеров-гинекологов, неонатологов повышает эффективность их деятельности.

Ранк мечтал о внедрении своих идей в практику, заявляя, что *«знание не имеет терапевтической ценности, если мы не умеем его применить»*. Фрейд надеялся, что *«... те мысли, которые высказал Ранк, станут темой многих плодотворных обсуждений. Нам приходится здесь иметь дело не с восстанием, революцией или противоречием нашим проверенным знаниям, а с интересным дополнением, ценность которого следует признать нам и другим аналитикам»* (Jouns, 1996. С. 346.).

Полагаю, что их мечта и надежды сбылись.

Литература

Алексеева С.Н., Охлопкова Е.Б. Основы перинатальной психологии // Вестник Северо-восточного федерального университета им. М.К. Амосова Серия «Медицинские науки», № 4 (13) 2018. С. 20-27.

Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.

Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., Турти Т.В., Вишнёва Е.А., Молодченков А.И. Новая парадигма абилитации недоношенных детей с перинатальной патологией — персонализация терапевтических этапов: когортное исследование. // Вопросы современной педиатрии, Том 19, № 4 (2020). С. 256-267.

Боулби Д. (Bowlby J., 1969) Привязанность (пер. с англ.). М.: Гардарики, 2003. 477 с.

Винникотт Д.В. (Winnicott D.W.) Маленькие дети и их матери / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 80 с.

Витакер К. (Whitaker C.) Полночные размышления семейного психотерапевта (пер. с англ.). М.: Независимая фирма «Класс», 1998 208 с.

ВОЗ рекомендации 2003. Метод кенгуру: практическое руководство. Департамент репродуктивного здоровья и исследований. Всемирная Организация Здравоохранения; Женева. 52 с. https://яковлевия.pf/Files/PreTerm/КМС_rus.pdf (дата обращения: 15.05.2022).

ВОЗ рекомендации 2018 Забота в процессе родов для позитивного опыта деторождения: практические рекомендации (пер. с англ. Г.И. Брехмана). [brekhman.iri-as.org>stat/who-gesom-r.pdf](http://brekhman.iri-as.org/stat/who-gesom-r.pdf) (дата обращения: 15.05.2022).

Волкова А.Н. Психология брака и семьи / Учебно-методическое пособие к курсу «Психология семьи и семейная психотерапия», Часть 1. СПб.: ПМА: 2003. 106 с.

Выгодский Л.С. Вопросы детской психологии. СПб: Союз, 1997. 224 с.

Гроф С. (Grof St., 1985) Холотропное сознание (пер. с англ.). М.: АСТ, ГАНГ, 2006. 267 с.

Джонс Э. (Jouns E.) Жизнь и творения Зигмунда Фрейда. М.: «Гуманитарий» АГИ, 1996. 448 с.

Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. 352 с.

Добряков И.В., Ледина В.Ю., Савельева С.О., Червова Е.И. Насилие над новорожденными в России. // «Дети России: насилие и защита»: материалы Всероссийской научно-практ. конференции. М.: Мин. Общего и Проф. Образования РФ, 1997. С. 39-42.

Заячникова Т.Е. Открытая реанимация в педиатрии и неонатологии. Помеха или жизненная необходимость? Волгоград, 2018. <http://водкб34.рф/wp-content/uploads/2018/05/открытая-реанимация.pdf> (дата обращения: 15.05.2022).

Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.

Карпова А.Л., Мостовой А.В., Томсон М. Лечебное присутствие: открытая реанимация в неонатологической практике. // Status Praesens; педиатрия и неонатология. 3 (50), №10, 2018. С. 25-29.

Кинодо Ж.-М. (Quinodoz J.-M.) Приручение одиночества: сепарационная тревога в психоанализе. М.: «Когито-Центр», 2008. 254 с.

Кинодо Ж.-М. (Quinodoz J.-M.) Читая Фрейда. Изучение трудов Фрейда в хронологической перспективе. М.: «Когито-Центр», 2014. 416 с.

Ковалец А.С. Комплекс Лая // Журнал практической психологии и психоанализа, 2020, №1. <https://psyjournal.ru/articles/kompleks-laya> (дата обращения: 15.05.2022).

Лбовиси С. (Lebovici S.) Психиатрический подход к младенцу. Развитие психиатрии новорожденных. // Уроки французского психоанализа: Десять лет франко-русских клинических коллоквиумов по психоанализу / пер. с франц. М.: «Когито-Центр», 2007. С. 458-491.

Малер М.С., Гайн Ф., Бергман А. (Mahler M.S., Pine F., Bergman A.) Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация. М.: Когито-Центр, 2018. 413 с.

Мальгина Г.Б. и соавт. Семейно-ориентированные технологии в перинатальной медицине: научн. изд. под ред. Г.Б. Мальгиной. Екатеринбург, 2012. 281 с.

Моррис Д. (Morris D., 1997) Голая обезьяна. М.: ООО «Издательская Группа «Азбука-Аттикус», 2016. 288 с.

Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, 2020. №2. С. 3-15.

Ранк О. (Rank O., 1924) Травма рождения. Пер. с англ. М.: Аграф., 2004. 400 с.

Рассохин А.В. Коллизии современного психоанализа // Ан-тология современного психоанализа, Т. 1 (под ред. А.В. Рас-сохина). М.: изд. «Институт психологии РАН», 2000. С. 23-77.

Розен П. (Roazen P.) Фрейд и его последователи. пер. с англ. СПб.: ВЕИП, 2005. 672 с.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
Фрейд З. (Freud S., 1917) Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989. 456 с.

Фрейд З. (Freud S.) Леонардо да Винчи. М.: Книгоизда-тельство «Современные проблемы», 1912. 119 с.

Фромм Э. (Fromm E.) Искусство любить. Исследование природы любви. (пер. с англ.). М.: Педагогика, 1990. 160 с.

Хорни К. (Horney K., 1930) Невротическая личность наше-го времени; самоанализ (пер. с англ.). М.: Изд. Группа «Про-гресс Универс», 1993. 480 с.

Шпиц Р.А., Годфри Коблинер В. (Spitz R.A., Godfrey Cobli-ner W., 1963) Психоанализ раннего детского возраста (пер. с англ.). М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. 159 с.

Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семей-ный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003. 337 с.

Эмерсон В.Р. (Emerson W.R.) Ранимый принейт // Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины // под ред. Г.И. Брехмана и П.Г. Федр-Фрайберга. СПб. Хайфа: Из-дательство ИПТП, 2005. С. 98-123.

Эриксон Э.Г. (Erikson E.H.) Детство и общество (пер. с англ.). СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.

Якоби М. (Jacoby, 1991) Стыд и истоки самоуважения. М.: Институт аналитической психологии, 2001. 256 с.

Ainsworth M. Attachment: Retrospect and prospect // Parkes C. M., Stevenson Hide L. (ed.) The place of attachment in human behavior. N. Y.: Academ. Press, 1983. P. 64-81.

Dobriakov I.V. Early perinatal prophylaxis of psychosomat-ic disorders in infancy. Academic Rewiew. Annual Collection of Reserch Papers of American University – Central Asia. Bishkek, 2007. Number. 5-1 pp. 56-64.

Dobriakov I.V. Теория психоанализа и перинатальная психология // Psihes un kermena vienotiba – jaunakais teorija un prakse»: materiali. Sigulda, 2007. P. 30-33.

Dobriakov I.V. Stages of the family life cycle and Laisus complex. // *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* / Juillet 2012. Vol. 60. №5S. S. 191.

Dobriakov I., Zavalova M. Perinatal Compliance: a Multidisciplinary Approach to Protect the Mental Health of Women During Pregnancy // *Psychiatria Danubina*, 2019, Vol. 31, Suppl. 4, pp. 646-718 S663. (Sorbonne, Paris, France).

Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*. 1977. № 196. P. 129-136.

Levy D.M. Primary affect hunger. *Am. J. Psychol.*, 1937, 94. P. 643-652.

Раздел 2

Прикладные модели организации клинико-психологической помощи детям раннего возраста

Глава 10

Е. Р. Баенская

Эмоционально-смысловой подход к коррекционной помощи ребенку раннего возраста с расстройством аутистического спектра и психологическому сопровождению его семьи

Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра и как можно более раннее начало коррекционной работы с ребенком и психологического сопровождения его семьи - одна из наиболее актуальных проблем в области развития системы помощи детям с РАС. С ее решением связана возможность повысить степень и качество активной включенности родителей в коррекционный процесс, что является обязательным условием его эффективности; избежать накопления и закрепления негативного опыта их взаимодействия с малышом; уменьшить риск формирования наиболее тяжелых вариантов аутистического дизонтогенеза и его последствий в более старшем возрасте.

Развитие взаимодействия близких с маленьким ребенком дает ему уникальный шанс наиболее естественным образом пройти путь последовательного формирования предпосылок и первых форм активных и осмысленных отношений с окружающим. Этот путь предлагается в эмоционально-смысловом подходе к психологической коррекции аутистических расстройств, основанном на понимании детского аутизма как искаженного дизонтогенеза, обусловленного глубокими нарушениями аффективного развития ребенка (Лебединский, 2002; Никольская, 2008). Он разработан сотрудниками Института коррекционной педагогики РАО и много лет эффективно используется в консультативной практике и в коррекционных занятиях (Никольская, Баенская, Либлинг, 2012; Никольская,

Баенская, 2014; Баенская, 2008, 2017; Аршатская, 2005). Представим кратко основания его использования и содержание.

В исследованиях О.С. Никольской было показано, что характерные особенности психического развития при детском аутизме проявляются, прежде всего, в стойком сочетании нарушения активности и снижения порога аффективного дискомфорта во взаимодействии такого ребенка с окружающим. Искажение развития отражается в нарушении основ адаптации к окружающему: психическая активность ребенка больше служит защите, а не развитию активных отношений со средой и людьми; реальное взаимодействие с окружением замещается развитием средств стереотипной аутостимуляции, которые используются ребенком для повышения психического тонуса и экранирования от неприятных, неожиданных, травмирующих впечатлений (Никольская, 2008).

Наличие этих особых патологических условий, в которых происходит развитие ребенка с аутизмом, доказывает ретроспективный анализ историй развития детей и материалов видеозаписей младенческого периода из домашних архивов их семей (Лебединская, Никольская, 1991; Аршатская, 2005; Баенская, 2008, 2010). Систематизация данных зарубежных и отечественных исследований об особенностях ранних этапов развития детей с аутизмом позволила выделить наиболее значимые ранние маркеры аффективного неблагополучия и их характерные сочетания, проследить их динамику в течение раннего возраста до момента окончательного оформления синдрома.

Характерные особенности поведения малыша при угрозе формирования РАС обнаруживаются в тенденции дозировать эмоциональный контакт, не проявлять собственной активности и инициативы в непосредственном общении; одновременно отмечается непостоянство или слабость отклика на обращение, эмоциональный посыл и оценку взрослого. Недостаточно развернут и выражен бывает «комплекс оживления», ребенок не исследует материнское лицо, не имитирует его выражение, не ловит, не отслеживает и не предвосхищает взгляд и эмоциональную реакцию взрослого; отмечается редкость и недостаточность адресованных взрослому вокализаций, направленного взгляда, а затем и указательного жеста, и первых вербальных обращений; малыш не стремится поделиться с близкими своим удовольствием, а часто и пожаловаться,

обратиться за помощью, в разных формах могут проявляться нарушения формирования привязанности. Неизбежно возникают проблемы объединенного внимания, не развиваются подражание, феномен «социальной ссылки».

Ранние особенности аффективного развития проявляются не только в контактах младенца с близкими, но и в его отношениях с сенсорной средой, с предметным миром. Отмечаются нарушения чувствительности в избирательных сенсорных модальностях; при выраженной гиперчувствительности в наибольшей степени характерно раннее стремление ограничить и стереотипизировать формы взаимодействия с окружением. Рано может наблюдаться особая захваченность определенными впечатлениями - тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, на основе которых возникают и надолго фиксируются стереотипные формы аутостимуляции, которые являются альтернативой исследовательской активности.

В условиях дефицитарности эмоционального взаимодействия с близкими тяжело протекает момент физического отрыва малыша от матери. Именно в это время становится особенно заметным, что он «не слышит» обращения, не реагирует на собственное имя, не ощущает реальную опасность (и в этих случаях основной формой активности ребенка надолго становится «полевое» поведение), либо, напротив, усиливается и фиксируется чрезмерная осторожность, пугливость, легкость возникновения дискомфорта – и тогда все очевиднее проявляется стремление ограничить и стереотипизировать отношения с окружением.

В период от полутора до двух с половиной лет нарастают трудности произвольной организации такого ребенка, не развиваются подражание и исследовательское поведение, не усложняются его манипуляции с игрушками. Становятся все более выраженными отставание и своеобразие речевого развития, не направленного на коммуникацию; закрепляются характерные стереотипные движения и действия с предметами. Появляются и усиливаются тревожность, страхи, дискомфортные состояния, все более заметны становятся трудности принятия всего нового; при этом малыш часто не может пожаловаться, принять помощь близких.

Показателем дезадаптивных тенденций развития является и ранняя фиксация механических средств аутостимуляции (самораздражения, двигательных разрядов и стереотипной

манипуляции предметами, определенных вокализаций), которые и в дальнейшем используются ребенком как для уменьшения дискомфорта, так и для возможности пережить сильное позитивное впечатление. Характерно, что наиболее интенсивные и напряженные формы этих однообразных способов успокоения и тонизирования возникают именно в моменты особой «захваченности» ребенка каким-то сенсорным впечатлением. Такая чрезмерная сосредоточенность ребенка на избирательных сенсорных впечатлениях начинает создавать дополнительные препятствия для развития исходно слабой ориентации на близкого человека.

Сравнительный анализ с закономерностями нормального аффективного развития, которые складываются внутри ранних форм взаимодействия ребенка с близким человеком, прежде всего, с матерью, позволил понять содержание этих первичных трудностей, причин и логики их нарастания (Баенская, 2008, 2010, 2017).

Возможности «эмоционального заражения», взаимной подстройки матери и ребенка – базовые условия развития раннего эмоционального и социального взаимодействия. Ограничения вовлечения малыша в первые формы общения с матерью и связанные с ними трудности возникновения и развития совместно разделенного со взрослым переживания создают особые условия, вызывающие и закрепляющие искажение хода психического онтогенеза. Возникают проблемы поддержания аффективной стабильности и активности малыша в контактах с окружением, регуляции интенсивности и качества его эмоциональных состояний, сложности в расширении области его позитивных впечатлений, в отвлечении от негативных, в изменении знака впечатлений. При благополучном развитии это обеспечивается близким взрослым, прежде всего, через непосредственное «эмоциональное заражение», возможность тонизировать и успокоить малыша с помощью мимики, интонации, эмоционально выразительного слова, жеста.

Недостаточность или отсутствие ориентации маленького ребенка на эмоциональную реакцию близкого взрослого имеет своим неизбежным следствием нарушение не только его раннего эмоционального и социального взаимодействия с окружающими (в том числе и формирования привязанности), но и нарушение развития активных отношений с предметной средой (не появляется исследовательская активность, ребе-

нок остается крайне уязвимым по отношению к впечатлениям новизны, неожиданности, фиксируются страхи, дискомфорт, нарушается поведение самосохранения).

Оформление синдрома детского аутизма на втором-третьем годах жизни совпадает по времени с периодом интенсивного формирования индивидуального аффективного опыта ребенка. При благополучном развитии он связан, прежде всего, с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка: с оформлением предпочтений, привычек, с усвоением правильного порядка вещей, что происходит под эмоциональным контролем взрослого, вносящего смысл в характерные для этого возраста ритуалы взаимодействия с окружением, акцентирующего важные детали, связывающего впечатления. Благодаря этому ребенок сосредотачивается не только на исследовании аффективно значимых для него сенсорных качеств окружающего, но и с не меньшим удовольствием постигает функциональные свойства предметов, их «полезность», осваивает правильные формы поведения в разных ситуациях.

Стереотипы поведения, которые формируются у ребенка с аутизмом в раннем возрасте, не служат ему основой для развития активных отношений с окружающими, не становятся опорой для становления речи, обозначающей смысл коммуникативных, игровых и бытовых форм взаимодействия. Напротив, они ограничивают его активность, выполняя преимущественно функцию защиты. Содержание индивидуального опыта ребенка с аутистическим расстройством остается крайне однообразным, чаще негативно окрашенным, а соответствующие ему способы установления и поддержания отношений с окружающими – ограниченными, негибкими, напряженными.

Выявление специфики нарушения психического развития при аутизме, понимание закономерностей искаженного дигнозогенеза позволяет более точно определить основное направление, условия и задачи коррекционной помощи ребенку раннего возраста. Возможность противостоять тенденциям искаженного развития, преодолевая выраженные трудности и ранние ограничения взаимодействия с окружением заложена в последовательном прохождении ребенком ранних этапов эмоционального развития.

Условием нормализации развития отношений ребенка с окружающим миром является вовлечение его в совместно

разделенное со взрослым переживание и постепенное усложнение его форм. Среди последовательных этапов развития разделенного переживания можно выделить «эмоциональное заражение», предполагающее ориентировку на качество переживания, на его знак; «комплекс оживления», включающий инициативность малыша в установлении контакта, адресованность взрослому выраженных эмоций и ожидание ответной реакции; дифференциацию форм общения малыша с близкими и особое выделение матери, развитие привязанности; стремление к получению одобрения близкого взрослого и устойчивый отклик на него; возможность совместно со взрослым переживать и положительные и негативные впечатления.

Первоочередной задачей является создание особых условий и приемов для установления и развития с ребенком эмоционального контакта. Для этого взрослый должен подключаться к собственной активности ребенка (его аутостимуляции) – к его действиям, диктуемым сенсорным полем, повторениям ритмических движений, звуков, к стереотипным манипуляциям с игрушками, цитированию и т.д. Подключение не означает зеркального воспроизведения того, что делает малыш, или помощь ему в получении искомого сенсорного впечатления. Это, прежде всего, внесение эмоционального смысла в то, чем он занят, на что он обращает внимание. Такая возможность задается эмоциональным комментарием взрослого, благодаря которому вносится игровой смысл в действия ребенка, выражается собственное отношение к происходящему, обозначается и фиксируется переживание удовольствия, которое получает ребенок. Своим участием взрослый разделяет и усиливает это удовольствие, и именно в моменты такого насыщенного тонизирования и запуска «эмоционального заражения» и возникают первые эпизоды эмоционального контакта.

Определение варианта аутистического дизонтогенеза позволяет точнее выбрать значимые для ребенка впечатления, которые можно использовать в качестве основы для разделенного переживания, и учитывать степень выносливости малыша в организуемом взаимодействии. При такой дифференцированной диагностике ранних проявлений аутистических тенденций развития можно определить не только трудности ребенка, но и диапазон его возможностей (способов тонизирования, их качество, допустимость вмешательства в них; реакцию ребенка на эмоциональный комментарий и т.д.).

Вовлечение ребенка в общее удовольствие и превращение этих эпизодов в повторяемые эпизоды совместной игры постепенно позволяют увеличить его выносливость и активность в контакте, легче переносить сенсорные впечатления, которые раньше вызывали у него дискомфорт (например, тактильный контакт или пение взрослого), добавлять и акцентировать новые детали создаваемого ритуала взаимодействия, и, наконец, дозированно вносить в него вариации. В ситуациях эмоционального тонизирования усиливаются вокализации, эхолалии ребенка, появляется возможность его спонтанной речи, вербального обращения.

Постепенное усложнение форм совместно разделенного со взрослым переживания отражает закономерные этапы становления индивидуального аффективного опыта ребенка: возможность принимать дополнения, эмоциональные подробности позитивных впечатлений, выделять «любимое» и «нелюбимое», совместно проживать и осваивать новые, более острые и негативные впечатления, развивать диалог, ориентироваться на эмоциональную оценку другого человека.

Ранняя психологическая помощь детям с аутизмом, направленная на преодоление искаженного развития и профилактику его наиболее тяжелых проявлений, может осуществляться лишь в условиях объединения и одинаковой направленности усилий специалистов и близких ребенка. Обучение родителей наиболее действенным приемам «эмоционального заражения», регуляции аффективных состояний малыша, разделению и организации его впечатлений с помощью эмоционально-смыслового комментария является условием развития активности ребенка в контактах с окружением, дифференциации его эмоциональных отношений с близкими, необходимой основой объединения внимания на объекте общего интереса.

От степени разработанности этих важнейших составляющих раннего аффективного опыта ребенка, который должен формироваться в ситуациях и игрового, и бытового взаимодействия, зависит возможность облегчения проблем его эмоциональной и социальной адаптации.

Главной задачей в работе с родителями, воспитывающими маленького ребенка с аутизмом, является нахождение ресурсов для запуска, поддержки и развития возможностей их эмоционального контакта с малышом.

Уже на первой консультации специалист должен не только выявить и обозначить проблемы ребенка, но и объяснить актуальные приоритетные задачи помощи ребенку, раскрыть его возможности во взаимодействии, показать приемы его эмоционального тонизирования в общении и игре и внесения смысла в его активность, дать родителям рекомендации по организации домашней жизни, наметить перспективу в развитии ранних форм контакта, основанных на эмоциональном заражении.

Дальнейшее психологическое сопровождение родителей должно включать анализ уже имеющегося опыта их взаимодействия с малышом, акцентирование его удачных форм; объяснение причин возникавших неудач и определение пути преодоления закрепившегося негативного опыта; помощь в оценке изменений состояния ребенка, ориентации на их значимые позитивные показатели; поддержку достижений близких в освоении предлагаемых приемов и способов коррекционного и развивающего взаимодействия с малышом и их собственных удачных находок.

Материалы подготовлены в рамках Государственного задания Министерства просвещения РФ ФГБНУ «ИКП» на 2023 год по проекту «Научное проектирование моделей ранней коррекционной помощи».

Литература

Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: автореферат дис. ...канд.психол.н. М., 2005. 26 с.

Баенская Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: автореферат дис.докт. психол.н. М., 2008. 46 с.

Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития в норме и при синдроме детского аутизма // Дефектология, 2010. No 3. С. 3-10.

Баенская Е.Р. Разделенное переживание – путь терапии детского аутизма // Альманах ИКП РАО, 2014. No 20 [Электронный ресурс]. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskogo?full=1>

Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. Т. 15. № 2 (55). 2017. С. 32-37.

Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. М.: Просвещение, 1991. 96 с.

Лебединский В.В. Аутизм как модель эмоционального дигногенеза / Психология аномального развития ребенка / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевой М.: «ЧеРо», 2002. С. 486-492.

Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение. М.: МГППУ, 2008.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Теревинф, 2012. 341 с.

Никольская О.С., Баенская Е.Р. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Альманах ИКП РАО, 2014. No 19 [Электронный ресурс]. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narushenija?full=1>

Глава 11

А. В. Беркун, О. П. Суетина

Модель ранней помощи семьям, воспитывающим детей первых лет жизни с расстройствами аутистического спектра, в рамках эмоционально-смыслового подхода

Введение

Своевременное включение детей с нарушениями развития или детей группы риска формирования таких нарушений в систему ранней помощи способно кардинальным образом изменить реабилитационный потенциал малыша и качество жизни его близких (Малофеев и др., 2019; Разенкова, 2015; Hebbler и др., 2007). Несмотря на то, что эффективность ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) доказана рядом научных исследований, во многих случаях начало специальной помощи оказывается отсроченным по времени. В результате проведенного в 2021-2022 гг. опроса 54 семей, имеющих ребенка с РАС в возрасте от 2,5 до 5 лет, было установлено, что беспокойство по поводу особенностей психического развития ребенка возникало у родителей:

- в 41 % случаев на первом году жизни ребёнка;
- в 59 % случаев на втором году жизни ребёнка.

При этом первая помощь в виде консультации специалиста медицинского и/или психолого-педагогического профиля была оказана, в среднем, спустя 12-13 месяцев от появления первых тревог семьи.

В некоторых случаях близкий взрослый наблюдал трудности в развитии ребенка, но не направлялся за помощью оперативно. Эти трудности расценивались как индивидуальные особенности малыша, и лишь со временем наступало осознание того, что ребенку требуется специальная помощь. В ряде же случаев родители оперативно обращались за помощью, но не всегда находили её. Получение первого негативного опыта взаимодействия со специалистами часто в последующем вело к недоверию к системе медико-психолого-педагогической помощи в целом.

Какой бы ни была причина задержки оказания помощи ребенку раннего возраста и его близким, терялось ценное для коррекционной работы время, потенциал развития ребенка снижался.

Известно, что наиболее ярко тенденции аутистического развития проявляются только в конце раннего возраста ребенка (Никольская, Баенская, Либлинг и др., 2003). До этого времени специалисты первичного звена могут не уделять должного внимания тревогам близкого взрослого, не оценивать отдельные трудности ребенка как «звоночки» неблагополучия. Большие трудности могут испытывать и родители, пытаясь объяснить специалистам, что именно их беспокоит в поведении и развитии малыша. С «нечеткостью жалоб родителей, обусловленной трудностью формулировки отклонений в развитии ребенка, носящих часто малопонятный для привычного представления о болезни, противоречивый характер», по мнению К. С. Лебединской и О. С. Никольской, могут быть в определенной степени связаны возникающие диагностические ошибки (Лебединская, Никольская, 1991, С. 26).

Знание первых признаков аутистического дизонтогенеза, внимательное отношение к первым тревогам родителей, применение существующего диагностического инструментария могут значительно улучшить ситуацию с ранним выявлением РАС и позволить своевременно начать оказывать специальную помощь ребенку и его семье (Беркун, Суетина, 2021).

Диагностика

Выявление первых признаков искаженного дизонтогенеза является необходимым условием раннего начала коррекционной помощи, предупреждения формирования наиболее тяжелых вариантов аутистического развития, при которых у ребенка отсутствует речь и максимально выражены трудности произвольной организации поведения (Аршатская, 2008).

В литературе достаточно подробно описаны ранние проявления неблагополучия психического развития ребенка при формирующемся РАС, в числе которых:

- особое становление аффективной сферы;
- своеобразное развитие моторики и речи;
- трудности социального взаимодействия.

Наиболее ярко первые проблемы взаимодействия проявляются в общении малыша с матерью или другим близким взрослым (Баенская, 2009; Беркун, 2018; Лебединская, Никольская, 1991; Adrien и др., 1993). Исследование процесса взаимодействия ребенка с близкими взрослыми содержит потенциал для разработки более точного диагностического инструментария.

Опыт практической помощи детям раннего возраста с уже имеющимся или формирующимся РАС и их семьям помог нам разработать следующий диагностический алгоритм:

1. Внимательное отношение к тревогам родителей и их подготовка к первичной консультации (семье дается для заполнения на дому анкета по истории развития ребенка; кроме того, мы просим их подобрать для консультации фотографии и видеозаписи, соответствующие не только актуальному, но и более раннему возрасту ребенка);
2. Изучение истории развития ребенка и ранних видеозаписей малыша. Анализ данной информации до первичной встречи позволяет составить более целостное представление о развитии ребенка, дает возможность направленной подготовки специалиста к предстоящему взаимодействию с ребенком и его близкими;
3. Структурированная беседа с родителями для уточнения данных об особенностях развития первых форм контакта с ребенком, получения представлений о возможных трудностях его аффективного, социального, моторного и речевого развития;
4. Выполнение скрининговой диагностики с целью выявления признаков возможных нарушений психического развития ребенка;
5. Наблюдение за поведением ребенка как в ситуации взаимодействия со специалистом, так и в ситуации общения с близким взрослым.

Остановимся подробнее на применении диагностического инструментария, разработанного для возможности раннего обнаружения тенденций искаженного развития (Беркун, Баянская, 2021).

Для получения данных по истории развития ребенка нами используется специальная анкета, разработанная в Институте коррекционной педагогики РАО. Изучение данных анкеты, заполненной родителями ребенка, позволяет оценить обоснованность их беспокойства, получить информацию об особенностях развития ребенка, его интересах и возможных трудностях. Такая информация крайне важна при подготовке к проведению первичной консультации.

При просмотре и оценке ранних видеозаписей ребенка мы используем методику диагностики психического развития

детей от рождения до 3-х лет (Смирнова и др., 2005) Методика позволяет выделить и качественно оценить формы контакта малыша с его ближайшим окружением, в том числе – дать качественную оценку его взаимодействию с близким взрослым на первом году жизни.

Для реализации третьего пункта диагностического алгоритма нами используется «*Диагностическая анкета по выявлению возможности развития аутистических расстройств у детей первого и второго года жизни*», авторы: Беркун А. В., Баенская Е. Р. Анкета позволяет уточнить данные об особенностях первых форм контакта ребенка с близкими людьми, его взаимодействии с предметной средой, получить информацию о развитии эмоциональной, социальной, моторной и речевой сферы, оценить динамику проявления наблюдаемых трудностей.

Скрининговая диагностика – следующий момент нашей диагностической процедуры – выполняется с помощью «*Скрининговой анкеты для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста*» (Иванов, Симашкова, Козловская, 2018). Этот инструмент содержит простой алгоритм заполнения и обработки данных, не требует специальной подготовки родителей. В анкете 35 вопросов, касающихся раннего взаимодействия ребенка с близким взрослым, особенностей его восприятия, моторной сферы, речевого развития, трудностей поведения. Материал нацелен на обнаружение признаков аутистического дизонтогенеза.

С помощью психодиагностических методик: тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования малыша) для определения уровня психического развития детей раннего возраста (Козловская и др., 2017) и «Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет» (Смирнова и др., 2005) мы выявляем основные показатели становления ранних форм контакта младенца с матерью и изучаем игровое взаимодействие ребенка раннего возраста с близкими взрослыми.

Выполнение описанного диагностического алгоритма с применением указанного инструментария, позволяет:

- полноценно реализовать первую необходимую часть помощи ребенку раннего возраста с формирующимся РАС – диагностическую;
- обнаружить тенденции искаженного развития в конце первого – начале второго года жизни ребенка;

– своевременно начать работу с семьей, погружая родителей и всех близких ребенка в специально организованное коррекционное взаимодействие с ним. Такая работа способна в достаточно быстрые сроки изменить качество общения родителей с малышом.

Итогом первичной консультации является разработка индивидуального коррекционно-развивающего маршрута, который опирается на результаты диагностики, согласуется с возможностями семьи и с потребностями ребенка.

Индивидуальные маршруты помощи

Разработка индивидуального подхода в оказании помощи ребенку является актуальным направлением как в медицинской, так и в психолого-педагогической сфере. В нашей работе можно выделить два этапа, которые характеризуют общее направление помощи, и, в зависимости от индивидуальных достижений ребенка и его потребностей, предлагаются семье.

На первом этапе помощи семье предлагается посещать **игровые занятия**, проводимые специалистом (психологом или педагогом) в рамках эмоционально-смыслового подхода к коррекции РАС, эффективность которого подтверждена научными исследованиями (Аршатская 2008; Никольская, 2016; Никольская, Баенская, Либлинг, 2016). Взаимодействие с малышом в русле данного подхода направлено на развитие его эмоциональной сферы, на формирование целостной системы смыслов, определяющей отношения ребенка с окружающим миром и с другими людьми. В результате игровых занятий у ребенка формируется интерес и внимание к лицу взрослого, его эмоциям, возможность «эмоционального заражения» и подражания, то есть происходит становление необходимых предпосылок социального развития. Кроме того, такие занятия содействуют развитию саморегуляции, инициативы в контакте, запуску речевой активности ребенка. В процессе оказания индивидуальной коррекционной помощи возможно отслеживание качественных изменений в развитии и их фиксация.

По результатам проведенных 10 индивидуальных игровых занятий специалист проводит оценку произошедших изменений, причем в обсуждении обязательно принимает участие семья ребенка. Итогом оценки динамики является продолжение работы в рамках первого этапа – индивидуальных иг-

ровых занятий - или переход к следующему этапу оказания ранней помощи.

На втором этапе помощи происходит корректировка и обогащение индивидуального коррекционно-развивающего маршрута ребенка групповыми формами работы и взаимодействием с другими специалистами, также работающими в рамках эмоционально-смыслового подхода к коррекции РАС. Семья продолжает посещать игровые занятия, которые остаются приоритетными в программе помощи ребенку раннего возраста с РАС; при необходимости к индивидуальной работе с малышом может подключиться нейропсихолог и дефектолог. В ряде случаев семье может быть рекомендована поддержка специалиста медицинского профиля. Как правило, на данном этапе становится возможным включение ребенка и семьи в групповые формы работы.

По результатам проведенных 20 занятий группой специалистов, работающей с ребенком, проводится оценка динамики его развития. При этом, в обсуждение обязательно включается семья ребенка. Итогом оценки динамики является продолжение работы в рамках данного этапа или внесение изменений в коррекционно-развивающий маршрут.

На протяжении всей дальнейшей работы с ребенком каждые 20 занятий проводится повторная совместная оценка динамики его развития.

Важно отметить, что на всех этапах оказания ранней помощи родители ребенка, как и другие его близкие (бабушки, дедушки, няни и пр.) обязательно присутствуют на занятиях и обучаются основным методам и приемам установления эмоционального контакта с ребенком, развития игрового взаимодействия, стимуляции речи.

Далее мы несколько подробнее остановимся на особенностях каждого этапа коррекционной работы.

Индивидуальные игровые занятия

В рамках эмоционально-смыслового подхода считается, что специфика искажения психического развития при РАС определяется нарушением формирования аффективной сферы ребенка. Для нормализации развития ребенка с аутизмом необходимо установление с ним эмоционального контакта, формирование его эмоциональной общности с близким взрослым, расширение спектра переживаний ребенка и его во-

влечение во взаимодействие с обязательным осмыслением происходящего и совместным его проживанием (Баенская, 2009; Никольская 2016).

Именно в раннем возрасте ребенка такая работа имеет огромный потенциал, так как формы взаимодействия близкого взрослого с ребенком соответствуют естественным формам общения. И если близкие взрослые научатся на этой естественной основе взаимодействовать с малышом - разделять и развивать его интересы, удерживать внимание в процессе общения, регулировать поведение и помогать осваивать более активные взаимоотношения с миром – общение внутри детско-родительских отношений становится более успешным и продуктивным, а ребенок – более выносливым и заинтересованным в контакте. Это направление является ведущим в работе педагога-психолога. Специалист помогает близким взрослым найти и закрепить успешные формы контакта с малышом, которые родители реализуют на занятиях и в повседневной активности.

Дефектологическая работа

Включение дефектологической работы на ранних этапах развития ребенка с РАС в уже существующие формы его взаимодействия с психологом, обучение родителей этим формам работы и встраивание их в процесс ежедневного общения с малышом могут существенно помочь в преодолении тенденций искаженного развития.

В работе педагога-дефектолога с ребёнком раннего возраста с РАС и его семьей мы выделяем два этапа.

На *первом этапе*, начиная работу с семьей, педагогу-дефектологу необходимо узнать у родителей, что вызывает у ребенка положительные эмоции, стимулирует идти на контакт, что ребенку приятно и что интересно. Установление контакта с ребенком происходит на основе присоединения специалиста к значимым для него приятным впечатлениям или игровым действиям, зачастую захватывающим все внимание малыша. Целью работы педагога-дефектолога на этом этапе является создание положительного опыта внутри взаимодействия с ребенком на основе его интересов и значимых впечатлений. Основными задачами обучения на *первом этапе* работы являются: придание смысла стереотипным действиям ребенка и разнообразное их обыгрывание, постепенное

расширение зоны его интересов, развитие коммуникативного взаимодействия с членами семьи и специалистом.

На *втором этапе* занятий после установления контакта с ребенком на основе его интереса специалист начинает проводить работу, целью которой является формирование указательного жеста, развитие речевой активности малыша и его представлений об окружающем мире. Важно отметить, что в процессе занятий внимание специалиста направлено не только на ребенка, но и на родителей, которых активно вовлекают в общую систему взаимодействия. В ходе каждого занятия педагог-дефектолог стремится обучить семью успешным способам взаимодействия с ребенком, объясняет значимость происходящих на занятиях изменений для развития ребенка, помогает родителям увидеть и, в дальнейшем, использовать индивидуальные увлечения ребенка для создания ситуаций общения с малышом в домашней обстановке.

Основой работы педагога-дефектолога с ребенком раннего возраста с РАС, проводимой в рамках эмоционально смыслового подхода, является ориентация на интересы малыша. Именно она позволяет формировать указательный жест и совместное внимание, стимулировать речевую активность, развивать представления об окружающем мире.

Такого рода дефектологическая помощь семье, воспитывающей ребенка раннего возраста с РАС, может способствовать преодолению тяжелых вариантов дизонтогенеза и изменению реабилитационного потенциала малыша. При этом, взаимодействие специалиста с ребенком должно проходить в тесном сотрудничестве с родителями, и включать в себя создание положительного опыта общения на основе интересов малыша. Дефектологическая помощь ребенку раннего возраста с РАС должна быть, прежде всего, направлена на формирование его представлений о ближайшем окружении, способности к социальному взаимодействию, на развитие речи на основе эмоционального контакта.

Нейропсихологическая работа

Благодаря развитию современных способов ранней диагностики мы видим, что трудности у маленьких детей с РАС могут быть весьма разнообразными, и, при необходимости, можем включить в индивидуальный коррекционно-развивающий маршрут ребенка занятия с нейропсихологом.

У детей раннего возраста с формирующимся РАС могут отмечаться особенности развития моторики. Часто двигательное развитие ребенка формально соответствует нормативу, но при этом отличается неравномерностью, имеется асинхрония становления моторных функций (Лебединская, Никольская, 1991). В работу с нейропсихологом мы включаем детей раннего возраста с выраженной неравномерностью психического тонуса, слабостью развития межполушарных связей, сниженной регуляцией и несформированностью функции контроля психической деятельности.

Оказывая нейропсихологическую помощь ребенку раннего возраста с РАС, мы руководствуемся принципами системного строения высших психических функций (Ахутина, 1996). В основе проводимой работы лежит положение о том, что нормализация развития высших психических функций ребенка невозможна без вовлечения его в активные отношения с миром и, в первую очередь, с ближайшим окружением. Таким образом основным компонентом нейропсихологической работы для нас является эмоциональное вовлечение ребенка в продуктивные формы взаимодействия как со специалистом, так и с близким взрослым.

В ходе оказания нейропсихологической помощи ребенку раннего возраста с РАС специалист решает ряд задач, среди которых повышение и гармонизация психического тонуса, развитие моторных операций и межполушарных связей.

Можно выделить два этапа оказания нейропсихологической помощи ребенку с РАС.

Первый этап предполагает первичную адаптацию ребенка к взаимодействию с новым человеком и к новой для него форме занятий. Занятия включают в себя манипуляции со значимыми для ребенка предметами, игрушками и игры с приятными сенсорными впечатлениями (пена, бассейн с шариками, водой, мыльными пузырями и др.); создание ритма общих движений; тонизирование за счёт совместного со взрослым переживания удовольствия.

Второй этап характеризуется более сложной сенсорной средой, которая помогает решать ранее поставленные задачи: развитие общей и мелкой моторики, межполушарных связей и гармонизацию психического тонуса ребенка. Включает в себя: пропевание любимых песенок ребенка и ходьбу по разнообразным «дорожкам» во время их исполнения для

развития моторных операций; прыжки на батуте и задания на балансирах с любимыми героями (животные, транспорт, герои мультфильмов и пр.) для развития баланса и др.

Крайне важным в работе нейропсихолога является продуктивное взаимодействие с семьей ребенка раннего возраста с РАС и вовлечение в занятия его родителей. Нейропсихолог в процессе занятий старается дать родителям положительный опыт взаимодействия с ребенком внутри решения нейропсихологических задач, обучая их новым способам взаимодействия с малышом. Родители получают рекомендации, которые помогают им использовать в процессе домашнего воспитания ребенка позитивный опыт, полученный внутри занятий.

Групповая форма работы с детьми раннего возраста с формирующимся аутистическим расстройством и с их семьями

Родители детей с РАС раннего возраста, пройдя иногда очень непростой путь к ранней помощи, и только начиная посещать занятия, уже задаются вопросом: «Что дальше?». Среди семей, обратившихся за консультативной и коррекционно-развивающей помощью, больше 80 % хотели бы, чтобы ребенок посещал ДОО или занятия с нормативно развивающимися сверстниками. Родители справедливо аргументируют это важностью социализации ребенка и присутствия рядом с ним активно общающихся и играющих сверстников, которые станут для него хорошим примером. Но сам факт поступления ребенка с РАС в дошкольную образовательную организацию не гарантирует его адаптации в детском саду и включения в общение со сверстниками. К адаптации в детской группе, к включению в непривычный режим и новые виды деятельности ребенка с РАС нужно подготовить. Такая подготовка возможна при интеграции ребенка с аутизмом в малую группу сверстников на игровых занятиях.

Основой групповой работы с детьми раннего возраста с формирующимся РАС является, как и для всех других занятий, метод совместной эмоционально-смысловой игры, разработанный в Институте коррекционной педагогики РАО. Данный метод ориентирован на нормализацию развития аффективной сферы ребенка, что особенно важно в период раннего возраста, когда РАС только формируется (Либлинг, 2016). Также мы опираемся на успешный опыт Н. С. Грацен-

ковой, которая разработала и реализовала игровую программу, предназначенную для занятий с группами дошкольников с РАС (Гращенкова, 2018).

Мы разработали и успешно реализуем методику игровых занятий с детьми раннего возраста в малой инклюзивной группе, включающей детей с формирующимся РАС (Суетина, 2020). Данная методика направлена на развитие эмоционального контакта, подражания, игровой инициативы, самостоятельности детей, формирования вербальной и невербальной коммуникации.

Впоследствии методика была адаптирована к условиям работы с группой, в которой нет детей с нормативным развитием; у каждого ребенка раннего возраста, включенного в занятия, либо уже есть диагноз «РАС», либо есть признаки формирования аутистического расстройства. Необходимым условием включения ребенка с признаками РАС в групповые игровые занятия является последовательно проводимая работа: постепенный переход от индивидуальных игровых занятий к игровым занятиям в малой группе сверстников. Таким образом, мы дополняем занятия, проводимые в рамках индивидуальных коррекционных маршрутов, групповой формой работы с детьми раннего возраста и их родителями, обратившимися в коррекционный центр за помощью.

Нами были выделены критерии, являющиеся основанием для включения ребенка с формирующимся РАС в групповой формат работы (в игровые занятия в малой группе сверстников). Так, у ребёнка, посещающего индивидуальные игровые занятия, уже появились любимые игры, он допускает хотя бы незначительное вмешательство взрослого в свою игру; ему доступны не только игры с сенсорными свойствами предметов, но, хотя бы в минимальном объёме, игры, основанные на эмоциональном заражении. При этом ребёнок, не проявляя признаков дискомфорта, заходит в игровую комнату, где находятся несколько детей, и может находиться там некоторое время.

Групповые занятия, несмотря на различное внутреннее наполнение (разные виды деятельности, появление новых песен, игр и игрушек, объединённых темой занятия) имеют четкую временную и пространственную структуру, что делает их понятными и в достаточной мере предсказуемыми для ребенка раннего возраста.

На занятии присутствуют 3-6 детей раннего возраста (1-3 года) с признаками формирующегося РАС в сопровождении близкого взрослого (мамы, папы, бабушки). Занятие проводится двумя или тремя педагогами, один из которых является постоянным ведущим группы. Занятие проводится один раз в неделю, длительность занятия – 55 минут.

Ниже мы приведем краткое описание содержания групповой работы, включающей в себя семь последовательно реализуемых этапов.

1. Этап. Свободная совместная игра. Дети свободно передвигаются по комнате и выбирают себе занятие по интересам. При этом педагог или родитель обязательно следует за ребенком и старается «присоединиться» к его игре, используя эмоционально-смысловой комментарий – наделяя игровым смыслом стереотипные действия ребенка.

2. Этап. Музыкальные и коммуникативные игры в кругу. Детям, сидящим на подушках (или на коленях у родителей) полукругом перед ведущим группы, предъявляются сенсорно привлекательные дидактические материалы – погремушки, бубны, ложки, мячики и др. Ведущий стремится заинтересовать детей игрой с этими предметами, вызвать их на подражание. Все песенки и потешки специально подобраны и адаптированы для занятий, они ориентированы на развитие контакта, коммуникации между детьми, на привлечение их внимания к лицам сверстников и педагога.

3 Этап. Совместная тематическая игра в кругу. Детям, находящимся в кругу, предлагается общая игра с привлекательными для них сенсорными свойствами. В игре могут быть задействованы: вода, крупы, элементы конструктора, фигурки героев мультфильмов и др.

Игры, подбираемые или изготавливаемые педагогом, содержат как знакомые ребенку по индивидуальным занятиям, так и новые элементы; они достаточно большие и «неделимые», чтобы собрать вокруг малышей. При этом игры обязательно перекликаются со значимыми для детей впечатлениями (Новогодняя Елка, Паровозик, Вини Пух и др.) и обязательно наделяются игровым смыслом за счет активного эмоционально-смыслового комментария ведущего.

4. Этап. Совместный прием пищи. Организованный совместный «перекус» является важной частью занятия. Он дает детям возможность отдохнуть, подкрепиться и более спокой-

но перейти к творческой работе за столом, при этом «перекус» ни в коем случае не дается малышам как «награда» за хорошее поведение.

5 Этап. Продуктивная деятельность. Малыши, сидя за столом или на руках у мамы, вовлекаются в украшение заранее приготовленной заготовки-поделки. Поделка по смыслу связана с темой занятия – с любимыми игрушками, песнями, изображением интересного детям персонажа. Для украшения поделки использовались привлекательные для детей материалы: соленое тесто, кусочки пластилина, детали конструктора и т.д.

6. Этап. Подвижные игры. Дети вовлекаются в преодоление «полосы препятствий», катание с горки по очереди или в простую подвижную игру под любимые песенки, например, сбор «ягод», «цветочков», «колобков» в корзинки, игры с мыльными пузырями, «салют» из мячиков или кусочков салфеток.

7. Этап. Прощание. Занятие завершается любимой песней «про звездочку» и игрой со звездочками и лунами, затем все «собираются отдыхать» вокруг стола. Родители и педагоги поют прощальную песенку, а дети по очереди задувают свечку.

В ходе проведения групповых занятий с детьми раннего возраста с формирующимся РАС мы отмечаем ряд качественных изменений: малыши проявляют инициативу в контакте и доброжелательный интерес к находящимся на занятии детям и взрослым, наблюдают за их действиями, в ряде случаев – подражают им. Уже к 3-му месяцу занятий участники группы стабильно придерживались его последовательности, постепенно возростала их активность и включенность в деятельность: малыши начали сами садиться «в круг» на подушки и за стол «на перекус», включались в простые совместные игры, активно участвовали в изготовлении аппликаций и поделок, помогали убирать музыкальные инструменты и игрушки.

В целом, наблюдаемые изменения в состоянии детей с формирующимся РАС, посещающих игровые занятия в малой группе, позволяют говорить о тенденции к нормализации их психического развития. Групповой формат игровых занятий, их структура и насыщенность разнообразными видами игровой активности дает малышам положительный опыт пребывания в коллективе сверстников и взрослых, постепенно формирует интерес к различным видам деятельности, характерным и для дошкольной образовательной организации. Полученный опыт, наряду с возрастанием выносливости

в контакте, облегчает детям последующую адаптацию к условиям ДОО. Из 6 детей раннего возраста, посещавших группу с октября 2021 года, уже к концу февраля 2022 года 4 ребенка были успешно включены в детские коллективы нормативно развивающих сверстников: трое начали посещать ДОО, один – занятия в детском клубе.

Группа психологической поддержки родителей

Данная форма групповой работы предлагалась всем семьям, посещающим коррекционный центр. Группа реализуется в форме встреч родителей с клиническим психологом один раз в неделю, длительность встречи – 1,5 часа, максимальное количество участников группы – 10 человек. Группа работает в закрытом формате, что обусловлено спецификой обсуждаемых проблем и важностью сохранения конфиденциальности.

Так как родители находятся на разных стадиях принятия диагноза ребенка, мы отмечали ряд сложностей, приводящих к отказу от посещения группы поддержки. Некоторые родители негативно воспринимают саму идею психологической помощи взрослым людям («никогда не пойду к психологу») или отрицают наличие у ребенка целого ряда трудностей («это у других дети с нарушениями, а мой ребенок уникальный и одаренный»). Для кого-то глубина испытываемых на группе эмоций является непереносимой, слишком интенсивной («не могу находиться на группе, жалко всех до слёз», «не могу говорить – все время плачу»). Некоторые родители, отказываясь от групповой формы работы с психологом, признают, что им нужна помощь, и формулируют запрос на индивидуальные или семейные консультации.

Для нас особенно важно, что участники родительской группы после семи месяцев регулярных встреч, отмечают, что они «снова могут думать о чем-то, кроме диагноза ребенка»; «лучше стали понимать ребенка, меньше на него срываться»; «меньше тревожимся о будущем, видим перспективы и стоим планы»; «перестали постоянно сравнивать своего ребенка с другими детьми»; «уверены, что получим поддержку». Таким образом, работа, проводимая в рамках родительской группы, направлена не только на психологическую поддержку семьи в сложной ситуации, но и помогает настраивать родителей на продолжительную коррекционную работу с ребенком.

Следует отметить, что помимо участия семей в группе психологической помощи, сам факт объединения родителей детей со сходными особенностями развития внутри коррекционно-развивающего центра способствовал созданию новых социальных связей и постепенному формированию сплоченного родительского сообщества. Родители, изначально общающиеся только на тему болезни ребенка и его трудностей, постепенно перешли к общению на темы, непосредственно не связанные с коррекционной помощью; они планируют совместные походы на детские площадки и в батутные центры, ходят в гости друг к другу, начинают дружить семьями, посещают детские спектакли и зоопарки. Таким образом, семьи постепенно выходят из ситуации социальной изоляции, в которой зачастую оказались в связи с тем, что малыш не хочет посещать новые места, или в связи с собственной тревогой за ребенка, поведение которого сильно отличается от поведения сверстников.

Командная работа и взаимодействие специалистов

Важнейшим аспектом оказания эффективной ранней помощи семьям, воспитывающим маленьких детей с РАС, является взаимодействие коллектива специалистов, и ежедневная реализации на практике принципов командной работы. Первая задача – сбор и фиксация информации.

Каждый специалист центра по результатам проведенного занятия с ребенком и его семьей заполняет электронную форму отчетности, в которой отмечает особенности эмоционального состояния ребенка, предпочитаемые им виды активности, включенность родителей в процесс коррекционно-развивающей работы, сложности, возникшие на занятии и др. На основе собранной информации даётся оценка динамики развития ребенка, анализируются его достижения. Внутри команды организуется быстрое реагирование на ухудшение эмоционального состояния как ребенка, так и взрослого; становится возможным оперативно ответить на вопросы, возникающие у родителей, и оказать им своевременную помощь при возникновении кризисных ситуаций; проводятся еженедельные встречи специалистов для принятия коллегиальных решений по актуальным задачам, в том числе – по корректировке маршрутов.

Также на основе анализа собранной информации семья ребенка каждый месяц получает обратную связь от коман-

ды специалистов в виде информационного письма. В письме содержится актуальная информация о развитии ребенка, его успехах и трудностях, о задачах, решаемых на данном этапе, и о перспективных задачах. Специалисты, работающие с семьей, обязательно дают рекомендации по созданию условий для эффективного взаимодействия с ребенком в повседневном общении и организации лечебно-развивающего режима.

Систематическое наблюдение и анализ изменений, происходящих с ребенком и с семьей в целом, позволяет коллективу специалистов не только эффективно решать поставленные коррекционно-развивающие задачи, но дает возможность предоставлять семье актуальную информацию о динамике развития ребенка, поддерживать постоянную связь с родителями, акцентируя их внимание на успехах ребенка, но не умалчивая о существующих трудностях.

Выводы

Обобщая практический опыт оказания ранней помощи детям с РАС и их семьям, мы приходим к выводам:

1. Внимательное отношение к обеспокоенности родителей состоянием ребенка и адекватная её оценка специалистами позволяет максимально быстро ввести ребенка и его семью в систему ранней помощи.

2. Командная работа и налаженная коммуникация между специалистами психолого-педагогического и медицинского профиля, а также постоянный контакт с семьей ребенка с РАС позволяет создать условия для эффективной реализации коррекционно-развивающего маршрута.

3. Коррекционно-развивающая работа, проводимая в рамках эмоционально-смыслового подхода, и направленная на оказание помощи ребенку с РАС и его семье, является эффективной и способствует уменьшению выраженности аутистической симптоматики – возвращению ребенка к логике нормального эмоционального и социального развития.

4. Важным элементом комплексной ранней помощи ребенку с РАС и его семье является оказание психологической помощи родителям, обеспечение информационной поддержки и обучение членов семьи приемам и способам взаимодействия с ребенком.

5. Проводимая комплексная работа позволяет сформировать у родителей позитивные представления о возможностях

ранней помощи, дает понять семье, воспитывающей ребенка с РАС раннего возраста, что они не одиноки в этой сложной ситуации, что помощь может быть оказана и она будет эффективной.

Материалы подготовлены в рамках Государственного Задания Министерства просвещения РФ ФГБНУ «ИКП» на 2023 год по проекту «Научное проектирование моделей ранней коррекционной помощи».

Литература

Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2008. №12. С. 11-21. URL: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-12/psixologicheskaya-pomoshh-rebenku-rannego-vozrasta-pri-formiruyushhemsya-sindrome-detskogo-autizma> (Дата обращения: 15.05.2022)

Ахутина Т.В. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия: становление нейропсихологии // Вопросы психологии. 1996. № 5. С. 83-98.

Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Ранний возраст. М.: Теревинф, 2009. 112 с.

Беркун А.Б., Баенская Е.Р. Выявление признаков формирования РАС в период младенчества. Обзор диагностического инструментария. Сообщение 1. // Дефектология. 2021. № 1. С. 49-57.

Беркун А.В., Баенская Е.Р. Выявление признаков формирования РАС в период младенчества. Обзор диагностического инструментария. Сообщение 2. // Дефектология. 2021. № 4. С. 3-11.

Беркун А.В. Ранние признаки детского аутизма в период младенчества // Дефектология. 2018. № 4. С. 67-75.

Беркун А.В., Суетина О.П. Подход к оказанию ранней помощи детям с признаками РАС как стратегия преодоления «социального вывиха» Л.С. Выготскому. Диагностика, индивидуальные коррекционные маршруты и групповая работа // Идеи Л.С. Выготского: от классики к современности. Методические материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 125-летию со дня рождения Л.С. Выготского. Петрозаводск, 2021. С. 64-67.

Гращенкова Н.С. «Игровой каскад» в коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Сборник статей II Международной научно-практической конференции «Игровая культура современного детства». М., 2018. С. 128-132.

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М., 2018. С. 212-221.

Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Психодиагностический тест «ГНОМ» для определения уровня психического развития детей раннего возраста. 3-е изд., исправл. и доп. М., 2017. 89 с.

Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: нач. проявления. М., 1991. 96 с.

Либлинг М.М. Игра в коррекции детского аутизма. Сообщение 1 // Дефектология. 2016. №6. С. 23-41.

Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Развитие ранней помощи в образовании детям с ОВЗ и группы риска: основания, ориентиры и ожидаемые результаты [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2019. №36. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-36/the-introduction-of-a-new-level-of-education-for-young-children-at-risk-and-with-disabilities-foundations-guidelines-and-expected-results> (Дата обращения: 25.06.2022)

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 10-е. М.: Теревинф, 2016. 288 с.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. М.: Полиграф сервис, 2003. 232 с.

Никольская О.С. Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2016. №26. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emocjonalno-smyslovoj-podxod-k-korrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra> (Дата обращения: 20.06.2022).

Разенкова Ю.А. Научные исследования Института коррекционной педагогики в области ранней помощи ребенку с ог-

раниченными возможностями здоровья и его семье. Сообщение 1 // Дефектология. 2015. No 3. С. 18-28.

Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Методическое пособие для практических психологов / 2-е изд. испр. и доп. СПб., 2005. 144 с.

Суетина О.П. Игровые занятия в малой интегративной группе как средство помощи детям раннего возраста с признаками расстройства аутистического спектра [Электронный ресурс] // магистерская диссертация: специальное (дефектологическое) образование, 44.04.03 / Суетина Оксана Петровна М., 2020. 192 с. URL: <https://d.mgpu.ru/external/vkr/get?listId=104679&studentId=24696> (Дата обращения: 01.07.2022)

Adrien J.L., Lenoir P., Martineau J., Perrot A., Hameury L., Larmande C., et. al. (1993) Bling ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32: p. 180-190.

Hebbeler K., Spiker D., Bailey D., Scarborough A., Mallik S., Simeonsson R. Singer M., Nelson L. (2007). Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services, and outcomes. NEILS Final Report. Menlo Park: SRI Internationa

Глава 12

Ю. С. Шевченко

Холдинг-терапия в контексте микropsихиатрии

*«Детей не отпугнешь суровостью,
они не переносят только лжи».*

Л.Н. Толстой

Все мы родом из детства. А это означает, что если не всякая психотерапевтическая методика, эффективная для взрослого человека, годится для ребенка, то любая «детская» - адекватна для любого возраста. И чем более инфантильна мишень её адресации, тем более онтогенетически ориентированная психотерапевтическая технология должна соответствовать филогенетическим детерминантам развития ребенка. Раннему возрасту соответствует сомато-вегетативно-инстинктивный уровень нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву, 1995). Стало быть, и психотерапию детей от нуля до трех лет следует разрабатывать в соответствии с врожденными, этологическими механизмами их поведения.

Эти механизмы реализуются в особой среде, представленной специфической социальной системой «мать-ребенок», в которой партнеры, благодаря пространственной близости становятся друг для друга частью этой среды (Крученкова Е.П., 2009). Находящийся в зоне восприятия партнер – необходимая и достаточная предпосылка для разнообразных процессов взаимного влияния и обучения (стимулирующего или подавляющего), поскольку «бытие определяет сознание». И если симбиотический партнер воспринимается не как взаимодействующий орган единого организма, а как часть внешней среды (что характерно для протодиакриза у детей с ранним детским аутизмом, недоношенных, приемных и «донорских» детей, некоторых детей, рожденных с помощью кесарева сечения, разъединенных с матерью из-за послеродовых осложнений и т.п.), то воссоздание социальной «среды в среде» требует специальных, порой радикально-стрессовых усилий. От утращения телесного контакта в бытовых и игровых ситуациях, до процедур нейрогравитации в специальных люльках, имитирующих матку (<https://www.newsru.vl/vlad/2016/06/15/148479/#ixzz6eXfcbWkR>), и собственно холдинг-терапии.

В настоящее время применение технологии холдинг-терапии вышло за первоначальные клинические пределы, а ее теоретическая интерпретация уже не укладывается в узкие рамки сугубо психодинамической парадигмы (Тинберген и Тинберген (Tinbergen E. and Tinbergen N.), 1972; Тинберген (Tinbergen N.), 1983; Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., 2015; Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2000; Ремшмидт Х., 2005; Цыбенко В.Л., Деларю В.В., 2007; Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П., 2007). Если «классический» холдинг представляет собой вариант эмоционально-стрессовой психотерапии, направленной на разрушение эмоционально-поведенческого стереотипа отношения аутичного ребенка с матерью и позитивно-регрессивное провоцирование этологического механизма взаимного импринтинга (Тинберген и Тинберген (Tinbergen E. and Tinbergen N.), 1972; Цыбенко В.Л., Деларю В.В., 2007), то психозлевативное его продолжение (или вариант) более тяготеет к бихевиорально-модифицирующим техникам, направленным на формирование социально-иерархического взаимодействия ребенка не только с матерью, но и с другими взрослыми (Тинберген (Tinbergen N.), 1983; Либлинг М. М., 2000; Ремшмидт Х., 2000; Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., 2015) [4,5,9,14]. В этом аспекте показания к данной методике выходят за клинические рамки «расстройств аутистического спектра» (Гилберт К., Питерс Т., 2002; Питерс Т., 2003; Тиганов А.С., Башина В.М., 2005; Либлинг М.М., Баенская Е.Р., Никольская О.С., 2019), а ее формы становятся более гибкими.

Можно предположить, что холдинг воздействует на поведение ребенка двойным образом. Он простираивает иерархию в диадных отношениях на основе «кто сильнее», а также формирует взаимную привязанность по механизму мгновенного запечатления, обеспечивающегося выбросом окситоцина (который называют также «гормоном объятий», «гормоном счастья» и т.п.), провоцируемого «железными объятиями» (Олазабал, Янг (Olazabal D.E., Young L.G.), 2006; Грегори и др. (Gregory S.G. et al.), 2009; Крученкова Е.П., 2009; Кэмбелл и др. (Campbell D.B. et al.), 2011). Это объясняет эффект последнего доведенного до конца холдинга – дети не только успокаиваются и начинают подчиняться (в частности, смотреть в глаза, произносить слова, выполнять требуемые инструкции), но и проявляют положительные эмоции в отношении взрослого, осуществившего данную эмоционально-стрессовую процедуру.

При лечении детей с аутизмом сочетание холдинга с интраназальным введением окситоцина (может быть не только ребенку, но и матери), вероятно, способно обеспечить позитивный регресс к состоянию послеродового импринтинга. Та же процедура может быть использована в отношении обоих партнеров в случае усыновления или удочерения приемного ребенка.

Будучи гормоном стресса, норадреналин выбрасывается во время процедуры холдинга, регрессивно обостряя сенсорную (ольфакторную) чувствительность у участников процедуры, тогда как выброс окситоцина в момент истощения стресса (фаза успокоения) окрашивает сенсорную информацию положительными эмоциями. Холдинг-терапия (особенно, с использованием интраназального введения окситоцина) компенсирует дефицит ношения на руках, грудного кормления, кучкования матери и ребенка. Научно установлено, что окситоцин вовлечен в широкий спектр физиологических, поведенческих и фармакологических эффектов, связанных с обучением и памятью, родами и лактацией, материнским и половым поведением. Доказана важная роль окситоцина в формировании аффилиативных социальных связей и, в частности в формировании привязанности (Олазабал, Янг (Olazabal D.E., Young L.G.), 2006; Грегори и др. (Gregory S.G. et al.), 2009; Крученкова Е.П., 2009).

Между тем, авторы проекта «Клинических рекомендаций по лечению расстройств аутистического спектра» от Российского общества психиатров (2020) не рекомендуют использование методики холдинг-терапии для детей с РАС вне зависимости от целей вмешательства на основании того, что данный метод, якобы, основан на неподтвержденной и псевдонаучной теории, его эффективность не была доказана, но были задокументированы случаи летальных исходов. При этом они ссылаются всего на одну семистраничную обзорную статью Дж. Мерсер (Merger J., 2013) с единственным, не столько научным, сколько гуманистически-популистским аргументом, что данный подход можно считать «насиловственным».

Данный категоричный подход не выдерживает критики, ни с точки зрения научных данных, ни с точки зрения формальной логики. Во-первых, помимо психоаналитического обоснования, холдинг-терапия основана на серьезных этологических исследованиях (Тинберген и Тинберген (Tinbergen E.

and Tinbergen N.), 1972; Тинберген (Tinbergen N.), 1983; Эйбл-Эйбесфельд (Eibl-Eibesfeldt I.), 1989; Флеминг и др. (Fleming A.S. et al.), 1999; Крученкова Е.П., 2009). Во – вторых – летальные исходы были зарегистрированы и после съеденной морковки или горстки орехов в результате анафилактического шока, однако никто не призывает исключить их из пищевого рациона. В-третьих, хирургическую операцию или недобровольную госпитализацию по показаниям, и даже режим самоизоляции во время пандемии, при желании тоже можно назвать «насилием». И наконец, любой коррекционный подход может быть подвергнут критике, в том числе тот, который рекомендуется авторами проекта. Однако критика в свой адрес ими игнорируется, что позволяет заподозрить авторов Проекта в предвзятости (Либлинг М.М., 2014).

Если же вспомнить такие общечеловеческие выражения, как: «Возьмите себя в руки», «Отбился от рук», «Держать в ежовых рукавицах» и т.п., то можно сказать, что холдинг-терапия – метод проверенный веками и многими поколениями. Даже с чисто лингвистических позиций «наказание» и «принуждение», равно как «насилие» и «жестокость» - это далеко не синонимы. Закончить комментарий к данному документу хочется ассоциацией с известным анекдотом про жизнь диких племен: «Если тебе не нравится вождь, может быть ты его неправильно готовишь?!».

Аутизм ребенка приводит к тому, что его регресс побуждает к созданию матерью неестественной социальной среды, когда нарушается нормальная иерархия их симбиотического единства (Крученкова Е.П., 2009; Дворянинова В.В., 2020).

Так как существенная часть материнского поведения – это реакции самообеспечения (с соответствующими комплексами фиксированных движений и нажитыми стереотипами), перенесенные на детенышей, то мать выполняет какую-либо активность вместо детеныша. Она ребенка греет, чистит, переносит с места на место, обеспечивает едой и защитой, то есть компенсирует какую-либо его функцию, что не способствует формированию соответствующих навыков самообслуживания, но экономит энергию для автономной активности (сверхценным играм, манипулированию со смартфоном и т.п.). Вследствие этого меняется социальная среда «мать – ребенок», нарушающая естественный онтогенез и создающая порочный круг негативного взаимовлияния. Вялый и незрелый

аутист усиливает родительскую заботу, что способствует сохранению детскости и пассивности его во взаимодействии с матерью (он и так «сыт, пьян и нос в табаке») и направляет энергию онтогенеза общения на иные объекты внешней среды. Мать же переадресует заботу о себе на заботу о ребенке, что тормозит его социальное (а, зачастую, и психомоторное и интеллектуальное) взросление. Затянувшаяся комфортная для ребенка, но не ощущаемая им зависимость от матери делает её зависимой от ребенка. Холдинг же возвращает ребенку это ощущение зависимости от матери, а её руководство им (в прямом смысле) повышает его отзывчивость на её сигналы, разрывая сформировавшийся порочный круг нарастающего доминирования незрелого, больного, аутистического «паразита» над заботливым «хозяином».

В природе эволюция онтогенеза детеныша млекопитающих происходит не только «под крышей», но и «в плену» у матери (Крученкова Е.П., 2009). Поскольку конечные интересы детеныша и матери не полностью совпадают (в интересах детеныша обеспечить себя максимальным уровнем материнских вложений – «высосать из неё все соки», а интересы матери – разместить свой вклад в потомство наиболее оптимальным для своего генотипа образом – родить, как минимум еще одного ребенка для 100%-го воспроизведения) переход регуляторов онтогенетического развития детеныша в «руки» матери, появление зависимости детеныша от матери дает ей возможность управлять развитием детеныша в соответствии со своими (дистальными) интересами. Формирование порочного круга обратной зависимости (вследствие болезни ребенка или под влиянием культурной эволюции) ставит все с ног на голову. В норме мать располагает обширными средствами влияния, с помощью которых она может определять параметры развития детенышей, например регулировать темп развития. В филогенезе млекопитающих появилась возможность манипулировать родительским вкладом без существенных изменений в энергетических затратах (Крученкова Е.П., 2009). Естественно, при условии, что кто несет ответственность за конечный результат, тот и принимает решение. В том числе, используя холдинг и бихевиоральную терапию.

Описанный М.М. Либлинг (2000) опыт работы с семьями, имеющими аутичного ребенка, с помощью модифицированной методики холдинга, свидетельствует о положительных

результатах, которые проявились: в уменьшении, смягчении аутизма, установлении более тесного эмоционального контакта между аутичным ребенком и родителями; в смягчении сверхсензитивности аутичных детей; в возрастании психической активности всех детей, проходивших терапию, усилении или проявлении интереса к окружающему; в усилении привязанности детей к близким людям; в проявлении у ребенка большего желания взаимодействовать, в развитии произвольного внимания; в уменьшении, а в некоторых случаях, в полном исчезновении негативизма и агрессивных проявлений в поведении ребенка; в улучшении освоения бытовых навыков; в заметном прогрессе в развитии речи; в положительном влиянии на родителей аутичного ребенка, которые стали более уверенными в отношениях с ребенком, в понимании его проблем. Холдинг-терапия не только помогла родителям освоить навыки коррекционной работы, но и сформировала у них привычку к регулярной работе с ребенком.

Архипов Б.А., Максимова Е.В. (2012), опираясь на концепцию Н.А. Бернштейна (1990) и рассматривая протопатическое чувство в качестве основы «Я»-сознания, используют для его стимуляции принудительную иммобилизацию с рудиментами холдинга (в форме игрового удержания с предоставлением ребенку возможности освободиться), наряду с «фиксационными зажимами», обхлопываниями и обжималками для развития у аутистов тонической активности и стабилизации эмоционального тонуса. Провоцируемая таким образом тоническая саморегуляция обеспечивает афферентный синтез (формирование целостности и протраивание оси тела) на основе объединения глубокой чувствительности (с распространением тонуса с любого участка на все тело) и вестибулярной рецепции в процессе опорных позно-тонических ответов. Систематизация традиционных, современных и авторских подвижных игр на основе указанной концепции предлагается нами в качестве первичной и вторичной профилактики сенсомоторной недостаточности, начиная с самого раннего возраста (Шевченко Ю.С., 2018).

Наш опыт использования собственно холдинг терапии позволяет говорить о ее эффективности в отношении широкого круга нервно-психических расстройств, характерных для детского возраста (Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., 2015). В частности, данная технология с успехом использовалась в ком-

плексном лечении детей в возрасте от 1 до 12 лет (а в отдельных случаях и в более старшем возрасте), не только страдающих расстройствами аутистического и шизофренического спектра, но также с различными формами пограничных состояний: истерических, фобических, психопатических и психопатоподобных, системных сомато-вегетативных и поведенческих расстройств (элективный мутизм, СДВГ, патологические привычные действия, патохарактерологические реакции протестного, агрессивного, аутоагрессивного типа и др.). При этом холдинг осуществлялся не только матерью или другим родственником после соответствующего обучения, но и самим психотерапевтом во время занятий, в частности, на начальном этапе нейропсихологической коррекции или в контексте групповой психотерапии. Основными показаниями к использованию данного приема являлись отказ ребенка от выполнения инструкций родителей или психотерапевта и/или проявление агрессии по отношению к окружающим.

Технически холдинг-терапия осуществлялась в виде нескольких вариантов. Так, например, в зависимости от физического развития и степени сопротивления ребенка человек, проводящий холдинг, может уложить его на жесткую поверхность (кушетка, пол) и лечь сверху, максимально ограничив движения ребенка. Другой вариант – взрослый самостоятельно или с помощью ассистента фиксирует конечности ребенка в лежачем или сидячем положении. В зависимости от смысла инструкции, предлагаемой ребенку (налаживание взаимодействия с терапевтом, или воссоединение с родителем) он располагается либо «лицом к лицу», либо спиной к взрослому.

К примеру, после соответствующего предупреждения, терапевт фиксирует ребенка с элективным мутизмом спиной к себе, чтобы тот видел уходящих за дверь родителей, и обещает, что они сразу же вернутся, как только он их позовет, сказав «мама» или «папа». Успешность данной процедуры полезна не только для ребенка (в плане преодоления условной желательности расстройства), но и для родителей, поскольку демонстрирует эффективность холдинга при ригидных реакциях протеста и отказа, в том числе на первых этапах занятий сенсомоторной коррекцией (Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П., 2007).

Фиксация должна быть безопасной, но жесткой, что позволяет нам использовать понятный для ребенка рабочий

термин «железные объятия». Последний логически включается в контекст словесных обращений к ребенку (например: «Я слишком тебя люблю, чтобы позволить твоим капризам руководить твоим поведением, что может повредить твоему здоровью, характеру и отношениям с другими людьми» или «Я не только умнее, опытнее и сильнее, в данной ситуации я – главный, я – начальник. А любящий и сильный начальник это тот, которого нужно, полезно и выгодно слушаться»). Удержание осуществляется до тех пор, пока ребенок не перестанет сопротивляться и не вступит в продуктивный диалог (хотя бы невербальный). После того, как ребенок согласится выполнить предъявляемую инструкцию (на первых порах – самую элементарную), холдинг прекращается, и после ее выполнения, ребенок получает поощрение. В случае обмана холдинг возобновляется и назначается штрафное время, после которого продолжается диалог.

Критерием эффективности удержания является то, что ребенок начинает себя вести «по правилам», отказавшись от деструктивных поступков, подчиняясь старшим и старательно работая. В нашей практике не было случая, чтобы после достижения цели холдинга (на что порой требуется несколько часов «железных объятий»), ребенок не демонстрировал непосредственного положительного результата – успокоения, открытости к реальному окружению, адекватности поведения, позитивных эмоций в отношении и к родителям и к взрослому, проводившему холдинг. Опыт показывает, что эффект данного приема сохраняется как минимум несколько дней и в последующем не всегда требует повторения, поскольку часто достаточно только напоминания о возможности его применения.

Естественность и эволюционная обоснованность холдинг-терапии подтверждается современными данными социобиологии. В частности, из этологии известно, что стрессовая ситуация (например, недостаток еды) практически у всех животных, от саранчи (вида, в комфортных условиях состоящего из одиночных особей), до человека (изначально относящегося к «стайным» видам), ослабляет внутривидовые силы отталкивания и агрессии и усиливают силы притяжения (Дьяконова В.Е., Беспалова Н.Ю., 2018).

Это согласуется с клиническими наблюдениями. Так, введенный до конца «воспитательный холдинг», который осуществляет психотерапевт в отношении пациента с аутизмом,

элективным мутизмом, протестным поведением и т.п. неизменно приводил к смене автономно-эгоистической стратегии поведения на кооперативную. Пройдя стресс обездвижения и принужденно выполнив инструкцию взрослого, ребенок не только не проявлял к нему негативных эмоций, доброжелательно прощался, уходя с приема, но и демонстрировал отсутствовавшую ранее заинтересованность в контакте с другими людьми.

Принуждающий холдинг с умеренным физическим воздействием и жестким обездвижением, как и любой эустресс, приводят к выбросу окситоцина и вазопрессина, которые в свою очередь, повышают секрецию АКТГ, что позволяет рассматривать его как эмоционально-стрессовый прием биохевиоральной психотерапии, не ведущий к дистрессу (подобные опасения встречаются в высказываниях некоторых родителей и отдельных специалистов). Обоснованные опасения могут относиться к так называемому «молчаливому» (наказываемому) холдингу.

Последний переносится хуже, т.к. может вызвать хронический стресс (хотя и не обязательно у каждого ребенка), поскольку характеризуется постоянным (повторяющимся) воздействием ситуации, вызывающей следующие условия: невозможность приспособиться к ситуации; невозможность избежать воздействия или избавиться от него; невозможность предсказать начало и конец воздействия. Тогда же, когда проводящий холдинг взрослый предупреждает о его начале и информирует о том, что следует сделать, чтобы его избежать или прекратить, он, тем самым делает стресс предсказуемым, а стало быть, не патологическим. В этом его отличие от жестокого воспитания, которое характеризуется указанными выше признаками хронического стресса, самым драматичным эффектом коего является ангедония, выученная беспомощность и психогенная депрессия.

Автор метода М. Вэлч (M. Welch, 1988, 2006) выделяет в процедуре холдинга три стадии: *конфронтацию* (уклонение), *отвержение* (или сопротивление) и *разрешение* (расслабление), а весь курс регулярной (ежедневной и многомесячной) работы с детьми-аутистами подразделяет на *очищающую* и *развивающую* фазы.

В нашей работе с детьми иных клинических групп, в контексте курса нейропсихологической (сенсо-моторной) коррекции

или бихевиоральной психотерапии девиантного поведения, также прослеживаются означенные стадии, тогда как развивающаяся фаза прослеживается сразу же за установлением диадной иерархии (Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., 2015).

Как видно из приведенных примеров, данный вариант холдинг-терапии направлен не на символически-психоаналитическое «воссоединение» матери и ребенка, а на бихевиоральное обучение нужным поведенческим моделям и аверсивное преодоление негативных вербальных и невербальных стереотипов. Второй механизм психотерапевтического воздействия холдинг-терапии относится к более глубоким инстинктивным механизмам поведения. Этологические аналоги холдинга широко представлены в поведении многих животных, в частности, в их взаимоотношениях как друг с другом, так и со своими детенышами (Тинберген и Тинберген (Tinbergen E. and Tinbergen N.), 1972; Эйбл-Эйбесфельд (Eibl-Eibesfeldt I.), 1989; Крученкова Е.П., 2009). Насильственно прижав и обездвижив более молодого и слабого, но не навредив ему, доминантная особь фактически мгновенно простраивает иерархию в их взаимоотношениях. В отношении ребенка данный этологический механизм может быть дополнен когнитивным сопровождением «железных объятий» в виде следующего тезиса: «Сильный и любящий родитель – это тот «президент», которого дети сами бы избрали, если бы имели такую возможность».

Литература

Архипов Б.А., Максимова Е.В. Глубокая чувствительность и тоническая регуляция, часть 2. Практика // Психотерапия. 2012. № 11. С. 32-35.

Бернштейн Н.А. Развитие координации в раннем онтогенезе. В кн.: Физиология движений и активность. М., 1990. С. 309-326.

Гилберт К., Питерс Т. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. М.: Владос, 2002. 144 с.

Дворянинова В.В. Психические расстройства у родителей детей, больных ранним детским аутизмом. Автореферат кандидатской диссертации. М., 2020. 24 с.

Дьяконова В.Е., Беспалова Н.Ю. Человеческое у беспозвоночных? Как простые объекты помогают решать сложные вопросы // Наука и техника. 2018. № 5 (144). С. 4-9.

Клинические рекомендации (проект) «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация». РОП, 2020. 125 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М. 1995. 560 с.

Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Холдинг как этологически ориентированная психотерапия. Новые технологии в клинической психологии и психотерапии (24 апреля 2015 г.): Сборник материалов Республиканского научно-практического семинара с международным участием, посвященного 20-летию кафедры медицинской психологии и психотерапии УО «ГрГМУ» [Электронный ресурс]—Гродно: ГрГМУ, 2015. —Электрон. текст. дан. (объем 5,5 Мб). 1 эл.опт. дисков (CD-ROM). ISBN978-985-558-518-4. С. 172-177

Крученкова Е.П. Материнское поведение млекопитающих. М.: КРАСАНД, 2009. 208 с.

Либлинг М.М. Метод холдинг-терапии в системе психологической помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом. Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 2000. 24 с.

Либлинг М.М. Десять аргументов против АВА-терапии // Дефектология. 2014. № 2. С. 3-13.

Либлинг М.М., Баенская Е.Р., Никольская О.С. Игровая холдинг терапия в психологической коррекционной работе с семьями, воспитывающими детей с аутизмом. Детская и подростковая психотерапия: учебник для бакалавриата и магистратуры / Е.В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е.В. Филипповой. М.: Юрайт, 2019. Глава 18. С. 388-402.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Изд-во Теревинф, 2000. 336 с.

Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Владос, 2003. 240 с.

Ремшмидт Х. (редактор). Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. М.: Мир, 2000. 636 с.

Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. Т.105. № 8. С. 4-13.

Цыбенко В.Л., Деларю В.В. Компаративный анализ эффективности классического и модифицированного вариантов холдинг-терапии при оказании психологической помощи детям с ранним детским аутизмом // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. 2007. № 2. С. 52-57.

Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция. СПб.: Речь, 2007. 336 с.

Шевченко Ю.С. Компенсирующие и развивающие игры для профилактики сенсомоторной недостаточности у детей. В кн.: Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Проф. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – с. 465-483.

Campbell D. B., Datta D., Jones S.T. [et al.] Association of oxytocin receptor (OXTR) gene variants with multiple phenotype domains of autism spectrum disorder. // Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2011. Vol. 3. №2. P. 101-112.

Eibl-Eibesfeldt I. Human ethology. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter, Inc. 1989, 848 p.

Fleming A.S., O`Day D.H., Kraemer G.W. Neurobiology of mother-infant interactions: experience and central nervous system plasticity across development and generations [review] // Neuroscience, Behavioral Reviews. 1999. Vol. 23 (5). P. 673-685.

Gregory S. G., Connelly J.J., Towers A.J. [et al.] Genomic and epigenetic evidence for oxytocin receptor deficiency in autism // BMC Medicine. 2009. Vol. 7. P.62.

Mercer J. Holding therapy: A harmful mental health intervention // Focus on alternative and complementary therapies an evidence-based approach. 2013. T. 18. №. 2. P. 70-76

Olazabal D.E., Young L.G. Oxytocin receptors in the nucleus accumbens facilitate “spontaneous” maternal behavior in adult female prairie voles // Neuroscience. 2006. Vol. 141 (2). P. 559-568.

Tinbergen E. and Tinbergen N. Infantile autism an ethological approach // In: Adv. Ethol. 1972. Vol. 10. P. 1-53.

Tinbergen N. Autistic Children: New Hope For a Cure. London: Routledge and Keagan Paul, 1983. 362 p.

Welch M. Holding-time. New-York: Saimon and Shuster, 1988. – 254 p.

Welch M. G., Nortkrup R. S., Welch-Horan T. B. et al. Outcomes of Prolonged Parent-Child Embrace therapy among 102 children with behavioral disorders // Complementary Therapies in Clinical Practice. 2006. Vol. 12 (1). P. 3-12.

Глава 13

М. Н. Селянина, Н. Е. Максимова

Комплексная специализированная помощь детям раннего возраста в психиатрическом учреждении

Психиатрия раннего детского возраста, или микропсихиатрия, в последние годы выделяется в относительно самостоятельный раздел общей детской психиатрии. Это направление довольно быстро развивается как в отечественной, так и в зарубежной научной и практической психиатрии, особенно в исследованиях клинической феноменологии психических расстройств.

Клинические разработки в этой области ставят новые задачи организации специализированной помощи детям раннего возраста с различной психической патологией.

Необходима разработка мер, направленных на снижение числа инвалидов, вследствие психических заболеваний, с акцентом на развитие психопрофилактических форм, развитию «микропсихиатрии» как необходимой формы практического формирования и укрепления детской психиатрической службы (Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К., 2020). Необходимо укрепление психического здоровья у уязвимых детей, детей группы риска (Козловская Г. В., Кремнева Л.Ф., Калинина М.А., Иванов М.В., 2020).

В последние десятилетия отмечается улучшение выявления и диагностики психических расстройств у детей раннего детского и дошкольного возраста. По данным разных авторов их частота достигает 17–20%. Отмечается изменение структуры общей заболеваемости, а именно увеличение частоты психозов у детей в возрасте до 14 лет и рост распространенности расстройств непсихотического уровня в подростковом возрасте, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях изменения этих показателей. Отсутствие своевременной специализированной помощи приводит к формированию тяжелых психических расстройств у детей, их ранней инвалидизации и социальной дезадаптации не только самих детей, но и членов их семьи. В структуре детской инвалидности психические расстройства занимают первое место и, по статистическим данным, составляют 25,8%, отмечаются высокие показатели заболеваемости по стране (Баранов А.А., 2017; Зелинская Д.И., 2019).

Все большее значение приобретает научно обоснованная разработка мер, направленных на профилактику развития психических расстройств в раннем возрасте, выявление и смягчение воздействия неблагоприятных факторов, повышение сопротивляемости к ним путем активации развития новых адаптивных механизмов. Ранняя диагностика нарушений и своевременное вмешательство способствуют предотвращению развития психических расстройств и коррекции нарушений развития у детей.

Оптимальным представляется внедрение комплексной специализированной помощи детям раннего возраста, объединяющей психопрофилактику, психофармакотерапию, психокоррекцию и психообразование (рисунок 1) (Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф., Иванов М.В., 2013, 2020; Селянина М.Н., 2015) Осуществление этих направлений деятельности возможно и целесообразно в условиях кабинета микропсихиатра.



Рис. 1. Организации комплексной психиатрической помощи детям в Твери и Тверской области

В городе Твери в 2010 году в рамках детско-подросткового поликлинического отделения клинического психоневрологического диспансера открыт кабинет по оказанию специализиро-

ванной помощи детям раннего возраста, а также их родителям бригадой специалистов, включающей в себя психиатра, психотерапевта, клинического психолога, дефектолога, логопеда, социального работника, физиотерапевта. Целью открытия кабинета является ранняя диагностика, выявление и оценка степени тяжести психических расстройств на ранних этапах их возникновения, создание индивидуального пути психокоррекции и развития ребенка с максимальным сокращением времени между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленной работы со специалистами, расширение временных границ специального образования: нижняя граница – самый ранний возраст, при котором выявлена патология, создание профилактических и реабилитационных программ для предотвращения тяжелых дефектов и минимизации нарушений. Важной задачей является обязательное включение родителей в процесс реабилитации, начиная с первых этапов работы и создание развивающей среды для ребенка как в условиях дома, так и в дошкольном учреждении. Кабинет является методическим центром повышения информированности специалистов, работающих с детьми: врачей других специальностей, психологов, логопедов, дефектологов, воспитателей в детских садах по выявлению психических расстройств.

Психические расстройства у детей раннего возраста полиморфны и могут проявляться неспецифической симптоматикой. Детей группы риска по психическим расстройствам необходимо выявлять на уровне первичного (амбулаторного) звена врачами соматического профиля, так как с первых дней жизни именно они наблюдают ребенка и оценивают его развитие. Важно своевременно заподозрить отклонения и направить к детскому психиатру для проведения комплексной оценки и оказания междисциплинарной всесторонней коррекции. К факторам, определяющим группу риска детей по психическим расстройствам, относятсяотягощенная наследственная по психической патологии, церебрально-органические поражения и генетические факторы. На первом этапе выявление детей группы риска, а также с психической патологией происходит во время профилактических осмотров детей детскими врачами психиатрами в соответствии с действующим приказом МЗ РФ. К сожалению, в районах области практически нет детских психиатров и осмотры проводят взрослые психиатры, в связи с чем выявляемость расстройств у детей может быть

ниже. К детскому психиатру раннего возраста направляются родители с детьми группы риска по итогам заполнения «Скрининговой анкеты для родителей детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.). Детская психиатрическая служба тесно взаимодействует со специалистами Службы ранней помощи «Лекотека», ресурсным центром по сопровождению детей с РАС, ДЦП, генетической патологией и др., реабилитационным центром для детей с ОВЗ, которые осуществляют непосредственное направление детей раннего возраста на консультацию к психиатру. Кроме этого направляют на осмотр воспитатели дошкольных учреждений, специалисты частных развивающих центров, а также имеются самостоятельные обращения. На втором этапе при непосредственном обращении к детскому психиатру проводится оценка запроса родителей, жалоб, изучается генеалогическая наследственность по психическим расстройствам, собирается информация о семье: с кем проживает ребенок, кем воспитывается, полная семья или неполная, родные родители или нет, взаимодействие членов семьи, оценивается социальное благополучие, изучается развитие ребенка в анамнезе, период беременности, родов, раннего развития, оцениваются результаты дополнительных методов обследования, психический статус ребенка на настоящее время. При отсутствии патологии с родителями проводится психообразовательная беседа, психопрофилактика возникновения психических расстройств. Комплексное медицинское обследование, включающее осмотр специалистов других специальностей (невролог, педиатр, сурдолог, генетик и др., ЭЭГ, МРТ) осуществляется при выявлении патологии, по заключению которого проводится консилиум специалистов для формирования индивидуально-ориентированной программы абилитации/реабилитации ребенка в условиях амбулаторного или стационарного звена. По показаниям назначается медикаментозная терапия. Каждым специалистом во время всего процесса с родителями ведется психообразовательная работа, целью которой является максимальное включение семьи в реабилитационный процесс. Важно динамическое наблюдение за изменением симптомов и развитием ребенка, при необходимости индивидуальная программа корректируется. Межведомственное взаимодействие обеспечивает определение маршрута образования ребенка, врач психиатр направляет ребенка на ПМПК, составля-

ет выписку, включая все проведенные обследования. Третий этап включает в себя закрепление ребенка за учреждением, где коррекционная работа проводится на постоянной основе. К данным учреждениям относятся: служба ранней помощи «Лекотека» (психолого-педагогическое сопровождение детей раннего и дошкольного возраста с особыми образовательными потребностями, в том числе с детьми «группы риска», и их семей (от 2 мес. до 5 лет), региональный ресурсный центр комплексной помощи детям с РАС, реабилитационный центр для детей и подростков с ОВЗ, коррекционные детские сады и группы как полного дня, так и кратковременного пребывания.

В условиях диспансера врачом-психиатром с другими специалистами на основании оценки (диагностики) клинического состояния пациента, факторов риска и факторов ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, оценки состояния высших психических функций и эмоциональной сферы, изучения взаимодействия диады мать–ребенок, мать–ребенок–отец и всех членов в семье, где воспитывается ребенок, определения реабилитационного потенциала, разрабатывается индивидуальная программа медико-психосоциальной помощи и реализуется в условиях поликлинического отделения или в условиях дневного стационара. Программа включает в себя:

1. Проведение занятий (индивидуальных или в мини-группах) в сенсорной комнате с детьми в возрасте до 1 года. Курс состоит из 10-30 коррекционных занятий с использованием игровой терапии, песочной терапии, сказка- и арт-терапии, релаксационных техник, которые направлены на развитие таких когнитивных функций как внимание, память, также на коррекцию эмоционально-волевой сферы и улучшение навыков межличностного и социального взаимодействия. После каждого занятия родителям предлагается домашнее задание, осуществляется обратная связь с последующей оценкой эффективности рекомендаций. При проведении психокоррекционных занятий положительный эффект оказывает стимулирование сенсорной чувствительности, развитие и коррекция зрительно-моторной координации и сенсорно-перцептивной чувствительности, применение методики сенсорной интеграции и стимуляции.

2. Занятия с логопедом направлены на коррекцию звукопроизношения, выравнивание звуковой структуры слова, формирование правильного грамматического строя речи,

ручной и артикуляционной моторики, развитие лексики, мыслительных операций, формирование морфологической и синтаксической системы языка, развитие фонематического слуха, коммуникативной, познавательной и регулирующей функции речи.

3. Занятия с дефектологом (индивидуальные и в мини-группах) нацелены на стимулирование познавательной активности, развитие внимания, любознательности, памяти, мышления, воображения и восприятия. Специальное внимание уделяется развитию коммуникативных навыков детей, их способности к игре, которая является главным для детей раннего возраста видом деятельности.

4. Занятия логоритмикой (в мини-группах) способствуют пополнению словарного запаса, формированию чувства ритма, правильного темпа речи и дыхания, укреплению мышечного аппарата ребенка, улучшению внимания и памяти.

5. Занятия с социальным работником изобразительным творчеством (индивидуальные и в мини-группах) имеют целью развитие воображения, зрительной и слуховой памяти, внимания, мелкой моторики, коммуникативных навыков, а также способности к самовыражению.

6. Физиотерапия включает транскраниальную микрополяризацию (ТКМП), транскраниальную битемпоральную магнитотерапию, лазеропунктуру, цветотерапию. Этот вид терапевтического вмешательства направлен на улучшение функциональных связей между нервными клетками, оказывает сосудорасширяющее, общеукрепляющее, стимулирующее, нейропротективное, релаксирующее, регенерирующее действие, что приводит к стабилизации эмоционального состояния ребенка, улучшению аппетита и сна.

7. Фармакотерапия назначается врачом-психиатром и проводится под контролем переносимости и эффективности лекарственных средств.

8. Проведение психообразовательных и психотерапевтических бесед с родителями, а так же специальных тренингов нацелено на активное вовлечение родителей в лечение, повышение их мотивации к соблюдению врачебных предписаний и одновременно усиление ответственности родителей за результаты лечебно-абилитационного процесса. Помимо этого ставится задача выявления клинико-социальных потребностей родителей, формирования адекватного представления о бо-

лезни ребенка, а также оказания им психологической помощи. Оптимизация процесса адаптации всех членов семьи к психическому расстройству ребенка имеет целью снижение стресса, эмоциональной напряженности родителей, ослабление влияния стигматизации.

С 2010 по 2021 гг. под наблюдением специалистов кабинета микропсихиатра находились более 1000 детей с психическими отклонениями.

Оценка работы кабинета микропсихиатра диспансера проводилась путем сравнения ряда показателей в 2010, 2017 и 2021 гг.

В 2010 г. под наблюдением психиатра находилось 224 ребенка в возрасте до 3 лет 11 месяцев. Родители с детьми направлялись к психиатру неврологами, педиатрами города или области, либо обращались самостоятельно. С 2012 г. на основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» врачами психиатрами в обязательном порядке стали осматриваться дети в возрасте 1 года и 3 лет. В 2017 г. общее число детей раннего возраста с различной психической патологией, находившихся под наблюдением специалистов кабинета микропсихиатра, увеличилось в 3,5 раза (до 779 человек). В последующем возраст 1 и 3 года убрали из профилактических осмотров, включив осмотры в возрасте 2 лет. В 2021 году несмотря на снижение рождаемости, сокращение профилактических осмотров, а также открытие частных развивающих центров под наблюдением состоит 629 детей (см. табл. 1).

Таблица 1
Соотношение пациентов по полу за периоды наблюдения

	2010 г		2017г		2021г	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
мужской	154	78,7	543	69,7	440	69,9
женский	70	21,3	236	30,3	189	30,1
Соотношение муж/жен	2,2:1		2,3:1		2,3:1	
Всего	224	100,0	779	100,0	629	100,0

Как видно из табл. 1, соотношение мальчиков и девочек существенно не изменилось, сохранилось значимое преобладание мальчиков среди пациентов кабинета микропсихиатра, что соответствует клиническим представлениям о более раннем появлении психических отклонений у мальчиков.

Таблица 2

**Распределение детей с психической патологией
в исследуемые периоды наблюдения**

Год	2010		2017		2021	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Разновидность психической патологии						
РАС	24	10,7	74	9,5%	57	9,1%
Задержка психического развития	67	29,9%	151	19,4%	112	17,8%
Органическое поражение головного мозга	25	11,2%	68	8,7%	38	6,1%
Специфическое развитие речи и языка	73	32,6%	431	55%	379	60,1%
Умственная отсталость	5	2,2%	13	1,7%	2	0,3%
Адаптационная реакция	12	5,4%	23	2,9%	21	3,3%
Нарушение поведение	12	5,4%	13	1,7%	14	2,2%
Другие расстройства	6	2,6%	6	1,1%	7	1,1%
	224	100%	779	100%	607	100%

Данные, приведенные в табл. 2 демонстрируют многообразие психической патологии в раннем детском возрасте. Наиболее частыми в сравниваемых контингентах оказались специфические нарушения развития речи и языка (32,6, 55,0%, 60,1% соответственно), при этом отмечено увеличение абсолютного показателя этого расстройства в 2017 г. (на 358 человек) и пятикратное увеличение его доли в спектре нарушений у детей раннего возраста. В 2021 году данная патология занимает большую половину из выявленных расстройств. Второе по частоте место в рассматриваемых годах занимает ЗППР (29,9%, 19,4%, 17,8% соответственно), при этом, хотя абсолютное число детей увеличилось более чем в два раза в 2017 году, доля этого расстройства уменьшилась в полтора раза и сохраняется в 2021 году. Доля диагнозов РАС и органического поражения головного мозга была сопоставимой в сравниваемых контингентах, в то время как аб-

солютное число пациентов с РАС, находившихся под наблюдением в кабинете микропсихиатра в 2017 г., увеличилось в три раза, а в 2021 г в сравнении с 2017 годом абсолютное число детей с РАС уменьшилось, при этом в 2,5 раза больше, чем в 2010 году. Двукратное увеличение абсолютных показателей других диагнозов в контингенте пациентов 2017 г., 2021 г не сопровождалось увеличением их доли, что может отражать не только рост обращений, но сохранение пациентов под наблюдением специалистов кабинета микропсихиатра и свидетельствовать об эффективной работе по достижению комплайенса родителей и доверия к результатам терапевтического и коррекционного вмешательства.

В зависимости от уровня сформированности отдельных морфофункциональных систем у детей раннего возраста преобладают такие проявления как нарушение речи, отставание в психомоторном развитии, нарушение эмоционального состояния, поведенческие расстройства, а также нарушение формирования отдельных социальных функций — гигиенических, навыков самообслуживания, и др.

Клиническая картина реакций, фаз, состояний, форпост симптомов эндогенного процесса у детей раннего возраста соответствует клинической картине у детей старшего возраста.

Как было показано в табл. 2, в 2017 г. под наблюдением находился 431 ребенок со специфическим расстройством речи, наиболее частым нарушением среди пациентов кабинета микропсихиатра. Логопедом-дефектологом кабинета проводилась диагностика речевых расстройств, начиная с первого года жизни ребенка.

Таблица 3

Распределение по возрасту выявления нарушений речи (в контингенте 2017 г.)

До 1 года	10
1 год -1 год 11 месяцев	78
2 года-2 года 11 месяцев	267
3 года -3 года 11 месяцев	76
Итого	431
Соотношение по полу (м/ж)	293:138 (2.1:1)

Как следует из табл. 3, наибольшую группу составили дети в возрасте от двух до трех лет. В целом у мальчиков речевых нарушений выявлено в два раза больше, чем у девочек.

Клинические проявления нарушений речи у детей в возрасте до 1 года характеризовались слабой выраженностью или отсутствием в соответствующие сроки гуления, лепета, первых слов. У этих детей отмечалась слабая реакция на речь взрослых и ослабленный интерес к ней, а также непонимание часто употребляемых

слов и отсутствие имитации звуков речи. Вместо лепета и вокализации ребенок привлекал к себе внимание только криком.

Для нарушений развития речи у детей в возрасте от года до двух лет характерно отсутствие речевой активности, замедление увеличения активного и пассивного словаря, отставание в сроках формирования фразовой речи. Дети не понимали простые вопросы и были неспособны задавать вопросы из двух слов. У детей в возрасте от двух лет до 3 лет и 11 мес. наблюдался ограниченный словарный запас, неспособность называть предметы, при этом по просьбе ребенок мог показать предмет или картинку. Речь оставалась непонятной для окружающих, дополнялась жестами, либо наблюдалось безразличие ребенка к тому, понимают ли его окружающие. Дети не проявляли желание повторять слова, фразы. В речи отсутствовали прилагательные, местоимения и предлоги, трехсловные фразы и предложения. Наблюдалось нарушение согласования существительных по падежам и числам, глаголов — употребляемых слов по родам, временам, числам и лицам.

Для прогноза вероятности развития психических отклонений важным является изучение роли генетических, экзогенно-церебральных и психосоциальных факторов риска возникновения психических расстройств.

За время работы кабинета микропсихиатра с целью изучения факторов риска обследовано 187 детей раннего возраста с РАС, 55 детей с ЗППР, 45 — с органическим поражением головного мозга. Возраст детей составлял от 8 месяцев до 3 лет и 11 месяцев. Критерием отбора было согласие родителей на обследование детей, динамическое наблюдение, регулярные осмотры, повторные обследования параклиническими методами.

Применялись следующие методы исследования: клинический, клинико-психологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, физикальный, инструментальный, ретроспективный, генеалогический, проведение ЭЭГ.

Таблица 4

Распределение пациентов по полу и диагнозу

	Задержка психоречевого развития		Органическое заболевание головного мозга		Расстройства аутистического спектра	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	46	83,7	27	60,0	132	70,6
Женский	9	16,3	18	40,0	55	29,4
Соотношение муж/жен	5:1		1,5: 1		2,4 : 1	
Всего	55	100,0	45	100,0	187	100,0

Наибольшую группу составили дети с РАС, среди них мальчиков в 2,4 раза больше, чем девочек. Две другие диагностические группы оказались практически равными по числу пациентов, однако они отличались соотношением по полу. В группе детей с ЗПР мальчиков оказалось в пять раз больше, тогда как органическое поражение головного мозга только в полтора раза чаще диагностировано у мальчиков. Возможно, эти особенности отражают эффект выборки.

Таблица 5

Диагностическое распределение и различные факторы

Факторы риска	Диагностическая группа		
	Задержка психоречевого развития	Органическое заболевание головного мозга	Расстройства аутистического спектра
Психопатологически отягощенная наследственность	1,9%	4,1%	31%
Патология беременности	36%	66,6%	69,2%
Задержка внутриутробного развития	4,7%	14,3%	1,6%
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	11,3%	28,6%	2,1%
Отклонение от сроков родов	29%	52,4%	13%
Использование стимуляции в родах	12,5%	21,4%	41,3%
Патологические роды	25%	26,9%	19%

Такие отягощающие факторы как патология беременности, гипоксия плода, отклонения в сроках родов наиболее часто представлены при органическом поражении головного мозга, однако в группе РАС обращает на себя внимание высокая частота патологии беременности и использования стимуляции в родах. Эти данные нуждаются в проверке на невыборочном материале пациентов и в сопоставлении с популяционными показателями.

Как уже было отмечено, дети с РАС составляют наибольшую группу среди обследованных. Анализ этих случаев показал, что в 187 случаях диагноз был установлен детям в возрасте до 3 лет и 11 месяцев. Подтверждена значимость фактора пола: мальчиков с РАС оказалось в 2,4 раза больше, чем девочек. В подавляющем большинстве случаев (79,7%) диагноз РАС впервые устанавливался в возрасте от двух до трех лет, гораздо реже (12,8%) — в возрасте от 3 лет до 3 лет и 11 месяцев и еще реже (7,5%) — в возрасте до двух лет. У детей с РАС выявлена наибольшая частота наследственной отягощенности психическими заболеваниями (31,0%). В группе РАС в 69,2% случаев выявлена патология беременности: токсикозы 1-й и 2-й половины беременности, гипертония и гипотония, анемия, угроза выкидыша и др. В целом патология беременности имела место в 3,4 раза чаще при рождении мальчиков с РАС, чем девочек. Отклонения в течении родов составили в сумме 73,3%. В 19,5% случаев произведено кесарево сечение в 13% — роды были преждевременными, стимуляция в родах использовалась в 41,3%, у 9,1% детей наблюдалась асфиксия в родах. Оценка по Апгар составляла: 9 баллов — в 10,3% случаев, 7–8 баллов — 70,5%, 6 баллов и меньше — 18,6%. В 16,4% случаев выявлены отклонения веса от нормы при рождении (гипотрофия плода — 84,6%, гипертрофия — 15,4%). Эти отклонения веса от нормы отмечалось в четыре раза чаще у новорожденных мальчиков, чем у девочек. Перинатальная неврологическая патология в виде гипоксически-ишемического поражения ЦНС, энцефалопатии выявлена у 28% детей. Интеллектуальная недостаточность зарегистрирована у 87,8% пациентов с РАС, при ЗППР — в 79,4% случаев, при УМО — 20,6%. Инвалидность была оформлена в 9% случаях детям в возрасте до четырех лет, после 4 лет — в 34,6% случаев.

Предполагается, что дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием многих внутренних и внешних

факторов: генетических, биологических, психогенных и микросоциальных, а также при их сочетании и взаимодействии. К числу значимых факторов может быть отнесена резидуальная органическая церебральная недостаточность.

У детей раннего возраста с диагнозом органическое заболевание головного мозга (ОРГЗ ГМ) с разным уровнем интеллектуальной недостаточности ожидаемо высокая отягощенность патологией беременности и отклонениями в течении родов, отклонения веса от нормы при рождении (всего в 47,5% случаев), из них гипотрофия — 80,0%, гипертрофия — в 20,0%). Наблюдается прямая связь между степенью тяжести органического поражения ЦНС и психическим развитием ребенка. 69% детей с рождения находилось под наблюдением невролога по поводу церебральной органической патологии.

В группе детей с ЗППР соотношение мальчиков к девочкам увеличилось до 5,1:1. Патология беременности имела место в 36% случаев. Другие вредности и отклонения в течении беременности и родов наблюдались несколько реже, чем в группе детей с ОРГЗ ГМ. Однако и в этой группе 25% детей с рождения наблюдались неврологом с диагнозом резидуальной органической церебральной недостаточности (гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, резидуальная энцефалопатия, гипертензионный синдром).

Таким образом, у детей всех трех диагностических групп (РАС, ЗППР, ОРГЗ ГМ) имеется поражение ЦНС. В целом мальчики более уязвимы к такого рода расстройствам и болеют чаще, чем девочки. Среди обследованных мальчиков с РАС в 2,4 раза больше по сравнению с девочками, с ЗПР — в 4,9 раза больше, с ОРГЗ ГМ — в 1,5 раза.

У детей с РАС в одной трети случаев обнаружена отчетливая связь с наследственной отягощенностью психическими заболеваниями. Отмечается значение критических периодов раннего возраста (16–18 месяцев; 2,5–3 года) для развития психических нарушений. В это время различные вредности и внешние неблагоприятные факторы могут выступать в качестве провоцирующих появление психических нарушений. К ним относятся изменение условий жизни, инфекционные болезни, нарушение детско-родительских отношений, особенно материнская депривация (истинная и скрытая). В период антенатального и раннего постнатального онтогенеза такие факторы как нежеланная беременность, нарушение мате-

ринского чувства, выступают не только в роли психогений, но и влияют на формообразование ответной клинической картины, так же как и другие типы депривации (сенсорная, эмоциональная, когнитивная и др.).

Об эффективности бригадного метода в работе диспансерного кабинета микропсихиатра можно судить по результатам обсервационного исследования, проведенного сравнительным методом в равных по численности четырех группах пациентов (по 12 человек) с различными диагнозами (РАС, ЗППР, задержка развития речи, невротический и гипердинамический синдром). Всего в группу проспективного наблюдения и комплексного терапевтического и коррекционного вмешательства вошли 48 детей в возрасте от 1 года до 3 лет и 11 месяцев.

Первая экспериментальная группа состояла из детей с РАС. У всех 12 детей на первый план выступал выраженный коммуникативный дефицит, отрицательная реакция на обращенную речь, нарушение зрительного контакта и познавательного интереса, стереотипия движений, нарушение крупной и мелкой моторики, в активной речи отмечалось не более двух «облегченных» слов. Двигательная расторможенность наблюдалась у 9 детей (75%), выраженные и умеренно выраженные протестные реакции, активный негативизм — у 8 детей (66,5%), выраженная и умеренно выраженная эмоциональная неустойчивость (плаксивость, капризность, тревожность) — у 9 детей (75%), выраженная и умеренно выраженная агрессия и аутоагрессия — у 4 детей (32%), страхи — у 10 детей (83%), нарушение сна в виде трудностей засыпания, ночного и раннего пробуждения — у 9 детей (75%).

Вторая экспериментальная группа включала детей с ЗППР. У всех 12 детей отмечалось выраженное нарушение познавательного интереса, внимания, памяти, крупной и мелкой моторики, нарушение речевого развития в виде скудного словарного запаса, отдельных слов, отсутствовала фразовая речь. Двигательная расторможенность выявлена у 8 детей (65,5%), выраженные и умеренно выраженные протестные реакции — у 6 детей (58%), выраженная и умеренно выраженная эмоциональная неустойчивость (плаксивость, капризность, тревожность) — у 8 детей (65,5%), нарушение сна в виде трудностей засыпания, ночного и раннего пробуждения — у 2 детей (16,6%).

Третья экспериментальная группа состояла из 12 детей с задержкой речевого развития. У всех детей состояние определялось в первую очередь нарушением развития речи в виде скудного словарного запаса

отсутствия фразовой речи. Помимо этого, наблюдалось нарушение познавательного интереса у четырех детей (33,3%), внимания — у шести детей (50,0%), крупной и мелкой моторики — у семи детей (58,3%). Эмоциональная лабильность, протестные реакции — у семи детей (58,3%).

Четвертая, смешанная группа, состояла из шести детей с невротическими расстройствами и шести детей с гипердинамическим синдромом. Выраженная и умеренно выраженная эмоциональная лабильность с плаксивостью, капризностью, тревожностью наблюдалась у 11 детей (91%), нарушение познавательного интереса — у четырех детей (33,3%), расстройство внимания — у семи детей (58,3%), нарушение крупной и мелкой моторики — у восьми детей (66%). Двигательная расторможенность имела место у шести детей (50,0%), выраженные и умеренно выраженные протестные реакции были характерны для четырех детей (33,3%). Нарушение сна отмечено у четырех детей (33,3%) в виде трудностей засыпания.

Период занятий составил два месяца. Ведение пациентов включало требуемую медикаментозную терапию. Проведено от 12 до 20 занятий с каждым необходимым ребенку специалистом. Широко использовалась физиотерапия. Была организована работа с родителями. Вклад каждого специалиста определялся диагностической принадлежностью случая, степенью выраженности поведенческих нарушений и интеллектуального дефицита пациента.

Анализ результатов комплексного ведения пациентов разными специалистами кабинета показал эффективность бригадного метода работы с пациентами раннего детского возраста.

У детей первой группы появился разной степени выраженности эмоциональный, мануальный и зрительный контакт, наблюдалось улучшение эмоционального и поведенческого статуса за счет снижения эмоциональной напряженности, агрессии, негативизма. Оказалось возможным вовлечь ребенка в полезные «рутинные» занятия. Отмечено улучшение познавательных процессов, понимания обращенной речи и выполнения инструкций, повышение интереса к окружаю-

щему. Произошла стимуляция речевого развития, расширился словарный запас, у ряда пациентов впервые появилась речь. Положительная динамика в состоянии отмечена у 10 детей (83%), у 2 детей (17%) наметилась положительная динамика в развитии.

Во второй группе в 100% случаев повысился познавательный интерес, улучшились навыки межличностного взаимодействия. У восьми детей (66%) получило отчетливое развитие крупная и мелкая моторика, у четырех (33%) положительная динамика только наметилась. У всех детей расширился активный и пассивный словарь, улучшились когнитивные функции — внимание, зрительная и слуховая память. Отмечено развитие игровой деятельности. В речи появились новые звуки и слова, при этом сама речь стала осмысленной и четкой, улучшилось или появилось понимание обращенной к ним речи. Отчетливая положительная динамика в психическом статусе отмечена у всех детей этой группы.

В третьей группе у всех детей с задержкой речевого развития расширился активный и пассивный словарь, речь стала четкой, осмысленной, появилась фразовая речь у 10 детей (83%). Когнитивные функции (внимание, зрительная и слуховая память) отчетливо улучшились у всех детей. Повысился познавательный интерес, улучшилось понимание обращенной речи.

В четвертой группе у пяти из шести детей с гипердинамическим синдромом отмечено освоение навыков саморегуляции, у одного ребенка наметилась положительная динамика. У всех детей улучшились когнитивные функции — внимание, зрительная и слуховая память. У детей с невротическими расстройствами отмечено ослабление или полная редукция психоэмоционального напряжения, тревоги, формирование адекватной самооценки, развитие познавательных процессов, улучшение когнитивных функций. Таким образом, выраженная положительная динамика отмечена у 11 детей, у одного ребенка положительные изменения в состоянии только наметились.

В результате комплексной реабилитационной работы создается дальнейший маршрут медико-психолого-педагогических мероприятий по работе с ребенком внутри и вне семьи, разрабатывается консультативное сопровождение каждой семьи с последующими курсами реабилитации. Как следствие, по-

вышается качество жизни, уровень социального функционирования семей, воспитывающих ребенка с особенностями развития. Существует прямая связь между возрастом начала проведения лечебно-коррекционных мероприятий и клинико-социальным прогнозом детей с психической патологией.

Основное внимание при проведении психокоррекционных мероприятий уделяется работе с семьей. При этом актуализируются ресурсы семьи для выхода на новый уровень функционирования, когда семья максимально задействована в реабилитационном процессе. Главная особенность данного вида помощи заключается в ее ранней профилактической направленности, в ряде случаев первичной, направленная на предотвращение развития психической патологии.

Кабинет микропсихиатрии в диспансерном звене является новой, но уже востребованной формой внебольничной психиатрической помощи детям раннего возраста. Организация работы кабинета бригадным методом с вовлечением нескольких специалистов дает возможность на самых ранних этапах развития расстройств проводить диагностику, профилактические и реабилитационно-коррекционные мероприятия для предотвращения тяжелых дефектов и минимизации нарушений.

Литература

Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Проблемы детской инвалидности в России // Вестник РАМН. 2017. Т. 72 (4). С. 305-312.

Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения (Современные правовые и медико-социальные процессы). М.: Издательство Юрайт, 2019. С. 19-21

Козловская Г.В., Калинина М.А., Иванов М.В., Крылатова Т.А., Кузьменко Л.Г., Кремнева Л.Ф. Актуальные вопросы охраны психического здоровья детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. № 2 (13). С. 11-16.

Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф., Калинина М.А., Иванов М.В. Теоретические и практические подходы к организации психопрофилактической работы с детским населением первых лет жизни // РМЖ Мать и дитя. 2020. Т. 3. № 2. С. 126-131.

Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4 (68). С. 5-11.

Селянина М.Н., Максимова Н.Е. Новые формы психорофиллактики и реабилитации психических расстройств в детском возрасте / В кн.: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Тезисы / Ответ. ред., Незнанов Н.Г. 2015. С. 776.

Селянина М.Н., Максимова Н.Е., Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Иванов М.В. Новые формы организационно-методического обеспечения медико-социальной реабилитации детей с психическими расстройствами в Твери и Тверской области // Психическое здоровье. 2015. Т. 13. №9 (112). С. 11-17.

Глава 14

*Н. А. Воронкова, Г. В. Козловская,
М. А. Калинина, И. А. Марголина,
М. В. Иванов*

Кабинет раннего возраста: анализ опыта организации помощи

Введение

Здоровье детей в настоящее время является одной из важнейших проблем в медицине и современном обществе. По данным Пенсионного Фонда РФ инвалидизации детского населения неуклонно растет, и за 2019 г. процент детской инвалидности до 18 лет составил 5,7% (данные Федерального реестра инвалидов), что больше по сравнению с данными за 2018г. Анализ структуры детской инвалидности свидетельствует о том, что наибольшая доля приходится на психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития. По данным Баранова А.А. (2017) именно они составляют 2/3 причин, обусловивших детскую инвалидность. В связи с этим особую актуальность приобретает ранняя диагностика психической патологии у детей первых лет жизни, поскольку уже с этого возраста выявление психических расстройств и применение специальных профилактических и коррекционно-лечебных мероприятий снижают риск тяжелой инвалидизации в дальнейшем.

Безусловно, выявление психической патологии у детей раннего возраста представляет собой нелегкую задачу в виду незрелости психики, отсутствия у ребенка первых лет жизни речи, самоотчета, спаянности психической симптоматики с неврологическими (особенно вегетологическими) нарушениями, расстройствами психического развития, мозаичности клинической картины и недостаточной осведомленности специалистов в области психиатрии раннего возраста.

К сожалению, неврологи, педиатры и другие специалисты, курирующие данный возрастной контингент, а также родители, как правило недопонимают многие феномены поведения ребенка, которые нуждаются в консультации психолога или даже уже психиатра. И поэтому к этим специалистам (особенно к детскому психиатру) обращение происходит уже в возрасте 3-4 лет, когда сроки сенситивного развития ребенка и время, для лечебно-коррекционного вмешательства упущены.

ны. В то же время очевидно, что своевременное обращение к детскому психиатру способствуют ранней диагностике психических расстройств и раннему началу медико-психолого-педагогической коррекции, что в итоге снижает риск развития тяжелой психической патологии.

Организация кабинета раннего возраста

В 2012 года в нашей стране согласно приказу Минздрава России № 1346 от 21.12.2012 г. была введена первая плановая диспансеризация детским врачом-психиатром детей в год жизни с целью выявления различных психических нарушений, в том числе расстройств аутистического спектра (РАС). Во исполнение этого приказа в 2014 году в составе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы» был создан Кабинет лечебно-профилактической помощи для детей раннего возраста с нарушениями психического развития.

Задачи кабинета раннего возраста были определены как своевременное выявление, профилактика, а также лечение психических расстройств у детей раннего возраста.

Контингентом обслуживания кабинетом были дети раннего возраста (от 1 года до 3 лет включительно) с проблемами в психофизическом и психоневрологическом развитии, направляемые районным участковым психиатром, неврологом, педиатром, логопедом, а также обращающиеся самостоятельно.

Созданный кабинет раннего возраста (КРВ) работает в учреждении по настоящее время. В обследовании пациентов используется мультидисциплинарный подход. Все пациенты осматриваются командой специалистов – психиатром, неврологом, генетиком, медицинским психологом, логопедом и дефектологом, проходят исследования центральной нервной системы с помощью ЭЭГ, УЗДГ, ТКДГ, рентгенографии, при необходимости КТ, МРТ.

Для оценки развития используются основные показатели психомоторного развития и сроки их становления у детей младенческого и раннего возраста, разработанные педиатрами, неврологами, психологами, дефектологами. Для определения отклонений в психическом развитии используется психодиагностический тест «ГНОМ» (Козловская Г.В.,

Горюнова А.В., Калинина М.А., 2017), а также адаптированный вопросник для родителей с целью выявления признаков аутизма и другие тесты (Козловская Г.В. с соавт., 2019). В окончательном варианте пациент консультируется научным сотрудником ФГБНУ НЦПЗ для квалификации состояния ребенка и определения абилитационной, лечебной, коррекционно-развивающей помощи.

Большая роль при обследовании отводится анамнезу, собранному у родителей. Во время беседы с родителями особое внимание уделяется жалобам и таким особенностям поведения ребенка как: расстройства сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства; отсутствие зрительного контакта, позднее появление ответной улыбки, смеха, гипомимию; констатируется индифферентное отношение к матери или, напротив, аффективный симбиоз с ней, сочетание трудностей привлечения внимания с большой пугливостью и гиперчувствительностью (слуховой и тактильной); раннее проявление тревоги, страхов, боязнь мытья головы, отсутствие реакции на взрослого, собственное имя, совместной игры, отсутствие указательного жеста, подражания звукам животных, задержка развития речи, однообразное поведение, отгороженность от окружающего, стереотипная игра, нарушения моторного развития (задержка становления статики и двигательной активности, вычурные формы моторики и т.п.), двигательные стереотипии, трудность фиксации позы или, напротив, тенденция застревать в определенной позе, демонстрируя восковую гибкость или застывание, малая двигательная активность или напротив – гиперактивность и многое другое.

Мультидисциплинарный подхода в диагностике психопатологии раннего возраста, особенно актуален у детей с РАС. В результате такого обследования конкретного ребенка определяется его психическое состояние, отвечающее определенным известным диагностическим критериям, характерным для аутизма, после чего для него формируется индивидуальный, подходящий только ему план лечения и коррекционных мероприятий, особенно педагогический маршрут.

Перед психиатром КРВ встает нелегкая задача диагностики психических расстройств, поскольку клиника раннего возраста очень мозаична, часто представлена сочетанием собственно психопатологических симптомов с теми или иными формами нарушенного развития психических функций в форме аксе-

РАННЕЕ ДЕТСТВО

лерации, ретардации, диссоциации и смешанных состояний, а также характеризуется тесной спаянностью психических расстройств с неврологическими нарушениями, выступающими, как единый психоневрологический симптомокомплекс (Козловская Г.В., 1995, 2007). Но дополнительные методы обследования, наблюдение в динамике и консультативная помощь специалистов помогают решить эти задачи.

Анализ работы кабинета раннего возраста за 2014-2019 гг.

За указанный выше период работы, в КРВ обратились 2323 детей или 1626 мальчиков и 697 девочек в возрасте от 12 мес. до 3 лет 11 мес. (47 мес.) с различной психической патологией (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Посещаемость по годам за отчетный период

Посещение / год	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Всего
Количество проконсультированных детей	205	313	342	307	498	658	2323

Стоит отметить, что в распределении по полу преобладали мальчики в среднем в соотношении 3:1; 40% всех обращений было по направлению психиатра по месту жительства, 34% пациентов обратились самостоятельно, остальные - по направлению районных невролога, педиатра, логопеда.

Таблица 2

Нозологическая структура всех пациентов кабинета раннего возраста

Нозологические группы по МКБ-10	Количество	Всего %
Другие общие расстройства развития (F84.8)	1498	64,5
Детский и атипичный аутизм F84.0-F84.1	362	15,6
Органические церебральные расстройства (F06-F07)	70	3
Умственная отсталость различной степени выраженности (F70-F72)	93	4
Задержка речевого развития (F80-F83)	209	9
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения (F90-F99)	74	3,2
Прочие	17	0,7

Из приведенных ниже данных видно, что с начала функционирования КРВ отмечается увеличение числа пациентов данной возрастной группы (табл. 3), что свидетельствует о росте востребованности ранней психиатрической помощи.

Таблица 3

Количество принятых пациентов по возрастам

Период	1 год – 1 год 11 мес.	2 года – 2 года 11 мес.	Всего принятых
2014 г.	25	180	205
2015 г.	33	280	313
2016 г.	30	312	342
2017 г.	13	294	307
2018 г.	39	459	498
2019 г.	65	593	658
	205	2118	2323

Дети от 1 года до 1 года 11 мес. составили в среднем 8,8% всех пациентов (205 чел.) (табл. 4).

Среди обратившихся за помощью детей данной возрастной категории было 150 мальчиков и 55 девочек, т.е. соотношение между мальчиками и девочками среди детей от 12 мес. до 23 мес. сохраняется и составляло 2,7:1.

Таблица 4

Распределение пациентов в возрасте 1 год – 1 год 11 месяцев по нозологическим формам

Нозологические группы	Год наблюдения						Всего/%
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Другие общие расстройства развития F84.8	12	21	19	11	22	31	116/56,6%
Детский аутизм F84.0	3		1	1	3	5	13/6,34%
Умственная отсталость умеренной степени, связанная с генетической патологией	1					1	2/0,98%
Задержка речевого развития	7	9	7	1	11	15	50/24,4%

РАННЕЕ ДЕТСТВО

Умственная отсталость умеренной степени		1					1/0,49%
Неврозоподобные расстройства	2		2		1	6	11/5,37%
Эмоциональные расстройства		2			1	4	7/3,4%
СДВГ			1		1	3	5/2,42%
Всего	25	33	30	13	39	65	205/100%

Из приведенной выше таблицы 4 следует, что на консультативном приеме среди детей от 12 до 23 мес. преобладали больные с задержками психоречевого – 56,6% и речевого развития – 24,4% различной этиологии, далее следовала группа больных раннего возраста с детским аутизмом – 6,34%, неврозоподобными расстройствами – 5,37%, эмоциональными расстройствами в 3,4% случаев. гиперкинетическое расстройство поведения устанавливалось в 2,42% случаев, еще реже встречалась умственная отсталость умеренной степени, связанная с хромосомными нарушениями – 0,98% и умственная отсталость умеренной степени – 0,49%.

В дальнейшем, катамнестическое исследование данной возрастной группы показало, что диагноз «Детский аутизм», установленный на первичном приеме 13 детям в возрастной категории 12 мес. - 23 мес. (6,34% всех детей от 1 года до 1 года 11 мес.) сохранился у 11 детей (84% всех случаев детского аутизма), у 2 детей был диагноз «Детский аутизм» был изменен на «Атипичный аутизм» F84.11 – то есть все случаи расстройств могут быть рассмотрены в группе РАС.

В данной возрастной группе среди детей с детским аутизмом преобладали мальчики в соотношении 2,5:1.

При анализе в динамике группы F84.8 «Другие общие расстройства развития» было выявлено, что диагноз «Другие общие расстройства развития» менялся в последствие на «Детский аутизм» 13 детям (18,6%), «Атипичный аутизм» был уточнен у 17 детей (8,5% случаев), шизотипическое расстройство 1 ребенку (0,42%) и синдром Аспергера также 1 ребенку (0,42% случаев), умственная отсталость была верифицирована 32 детям (15,5%).

Количество детей, обратившихся в КРВ в 24 мес. – 47 мес. составило 2118 человек или 91,2% всех пациентов.

Таблица 5

**Распределение пациентов в возрасте
2 лет – 2 лет 11 месяцев по нозологическим формам**

Нозологические группы	Год наблюдения						Всего/%
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Другие общие расстройства развития F84.8	108	168	187	193	287	373	1316/62,21%
Детский аутизм F84.0	28	30	34	38	74	129	333/15,7%
Синдром Ретта				2		1	3/0,14%
Атипичный аутизм	9	3	8	3	8	11	42/1,98%
Умственная отсталость, связанная с генетической патологией	3	2	3	1	4	3	16/0,75%
Речевые нарушения		35	56	32	47	33	212/10%
Заикание	2	4	2	2		3	13/0,62%
Умственная отсталость различной степени	14	12	4	5	19	18	72/3,4%
Неврозоподобные расстройства	1	5	5	5	1	2	19/0,89%
Органические нарушения ЦНС	4	6	5	6	7	6	34/1,6%
Эмоциональные расстройства		8	2	4	6	4	24/1,14%
СДВГ	2	2	1	1	4	2	12/0,57%
Прочие		5	5	2	2	8	22/1%
Всего	180	280	312	294	459	593	2118/100%

Среди всех пациентов доля детей 24-47 мес. (табл. 5) с задержками психоречевого развития составила – 62,21%, что несколько выше, чем в предыдущей группе детей 12-23 мес. и приближается к общему значению – 64,5 % всех детей КРВ. Снизился процент детей с речевыми нарушениями – 10% по сравнению с 24,4% в предыдущей группе. Это связано с тем, что к более старшему возрасту у детей с задержками

речевого развития присоединяется задержка интеллектуального развития.

В возрастной группе 24-47 мес. количество детей с впервые выявленным детским аутизмом F84.0 составило 15,6 %, что в два раза больше нежели в группе 12-23 мес., что свидетельствует о том, что большинство родителей не обращаются за помощью к детскому психиатру своевременно, в возрасте от 16 до 18 мес., когда возникают первые опасения в благополучии психического здоровья ребенка.

Из приведенной таблицы 5 видно, что дети с впервые установленным диагнозом «Атипичный аутизм» и «Синдром Ретта» попадают в поле зрения детского психиатра после возраста 2 лет, как правило в тяжелом состоянии, требующем оформления инвалидности.

В возрастной группе 24-47 мес. отмечается снижение доли эмоциональных и невротоподобных расстройств по сравнению с группой детей 12-23 мес. частично за счет перехода данных состояний в другие в другие нозологические группы.

Результаты работы

Наибольшую группу среди всех обращений в КРВ (1860 чел. или 80%) занимают нарушения развития F84 (по МКБ-10), которая гетерогенна и, в свою очередь, подразделяется на группу детей с детским аутизмом – 346 чел. – 14,89% и недифференцированную группу «Другие общие расстройства развития» (F84.8 – 1498 чел. (64,5%), куда входят также пациенты с задержками психоречевого развития.

Как показало наблюдение группы детей, обратившихся в КРВ в 2014-2016 гг. через три года (табл. 6) диагноз «детский аутизм», выставленный при первом обращении, сохранялся у всех пациентов. В клинически неоднородной группе общих нарушений развития (F84.8), при дальнейшем обращении, проходила дифференциация на процессуальный аутизм или аутизм как последствия дезинтегративного психоза F84.1 – 14% (210 чел.), детский аутизм F84.02-16,3% (244 чел.), умственную отсталость различной степени выраженности – 24,3% (364 чел.), задержки психоречевого развития – 29,1% (436 чел.), органический аутизм – 1,4% (21чел.), синдром Аспергера – 0,13% (2 чел.), шизотипическое расстройство – 2%(30чел.), у 12,77% (191чел.) пациентов оставался клинически недифференцированный диагноз F84.8.

Таблица 6

**Катамнестическое наблюдение группы F84.8
«другие общие расстройства развития»**

Группа МКБ-10	Кол-во пациентов	%
Атипичный аутизм F84.1	210	14
Детский аутизм F84.02	244	16,3
Умственная отсталость F70-F73	364	24,3
ЗПРР F80-F83	436	29,1
Органический аутизм F84.01	21	1,4
Синдром Аспергера F84.5	2	0,13
Шизотипическое расстройство F21.8	30	2
Недифференцированная группа F84.8	191	12,77

43 детей дошкольного возраста с установленным в 2014 г. диагнозом F84.0 «Детский аутизм» и F84.1 «Атипичный аутизм» обратились повторно с целью обследования перед поступлением в школу в 1 класс (2019-2020 учебный год) и прошли психологическое и дефектологическое обследования, в том числе тестирование по методике Д. Векслера. Из всех осмотренных 43 детей, было 34 мальчика и 9 девочек (соотношение 3,7:1).

По результатам обследования было выявлено, что интеллектуальная недостаточность на уровне задержки умственного развития наблюдалась у 19 детей (44,2%), при этом у 10 детей с диагнозом F84.0 «Детский аутизм» и у 8 детей с диагнозом «Атипичный аутизм». Среди них было 5 девочек и 13 мальчиков.

Умственная отсталость легкой степени была выявлена у 12 пациентов с аутизмом (27.9% осмотренных детей), среди которых было 11 мальчиков и 3 девочки. Интеллектуальная недостаточность на уровне умственной отсталости умеренной степени уточнилась 10 пациентам (23.25%), среди которых были 7 мальчиков и 3 девочки. Интеллектуальное снижение до уровня умственной отсталости тяжелой степени установлено 2 мальчикам (4,65%).

Таким образом, 44,2% детей с аутизмом начали обучение по общеобразовательной программе для детей с расстрой-

ством аутистического спектра и когнитивными нарушениями. 27,9% детей начали обучение в специализированной коррекционной школе для детей с расстройствами аутистического спектра и нарушением интеллекта. Интеллектуальному уровню 23,25% детей соответствовала программа для детей со сложной структурой дефекта.

В двух случаях (4% детей) диагноз «Детский аутизм» был пересмотрен на «Атипичный аутизм».

Заключение

Микроспихиатрия – это один из наиболее молодых и востребованных разделов психиатрии в настоящее время. В последнее время отмечается рост психической патологии среди детского населения, в структуре которой расстройства аутистического спектра занимают одно из ведущих мест, и их доля имеет тенденцию к увеличению. Особое внимание заслуживает тот факт, что сам диагноз «аутизм», установленный на первичном приеме, в большинстве случаев остается неизменным. Он или уточняется - например на аутизм атипичный, синдром Аспергера, синдром Ретта и др. Сохраняется и преобладание мальчиков в структуре этой гетерогенной нозологической группы. Материал данной работы подтверждает данные многих российских и зарубежных авторов, согласно которым, среди всех детей с расстройствами аутистического спектра преобладают мальчики, причем данное соотношение несколько ниже у детей 1-2 года жизни. Вероятно, это связано с тем, что родители мальчиков обращаются за помощью в крайнем случае, руководствуясь мифом о том, что мальчики развиваются медленнее девочек и пр.

Также отчетливо прослеживается коморбидность расстройств аутистического спектра с интеллектуальными нарушениями. У 44,2% детей с аутизмом была выявлена интеллектуальная недостаточность на уровне задержки психического развития, остальные дети были интеллектуально снижены до умственной отсталости легкой и умеренной степени. У 4% детей с РАС выявлялась умственная отсталость тяжелая.

В клинически неоднородной большой группе общих нарушений развития (F84.8), которые также преобладали на приеме психиатра раннего возраста наряду с РАС, при дальнейшем обращении, проходила дифференциация на процессуальный аутизм, умственную отсталость различной степени выра-

женности, задержки психоречевого развития, органический аутизм, синдром Аспергера, шизотипическое расстройство; у 12,77% пациентов оставался клинически недифференцированный диагноз F84.8. Возможно, это так называемые «мягкие» случаи аутистического расстройства или состояния риска возникновения РАС в форме компенсированного шизотипического диатеза или клинического выражения предрасположенности к шизофрении, но не являясь болезнью.

В итоге следует сказать, что как показывает анализ первого опыта работы КРВ, значимость данной структуры в организации психиатрической помощи детскому населению, а рамках детской психиатрии очевидна. Несомненна целесообразность внедрения этого подразделения в амбулаторную практику психиатрической помощи.

Литература

Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Проблемы детской инвалидности в современной России // Вестник РАМН. 2017. Т. 72. № 4. С. 305-312.

Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф.дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 48 с.

Козловская Г.В. Актуальные проблемы микропсихиатрии // Психиатрия. 2007. №5 (29). С. 14-18.

Козловская Г.В., Воскресенская С.А., Иванов М.В. и др. Диагностические тесты психологического и психоневрологического обследования детей первых лет жизни (нормативы, риск патологии, организация помощи) / под ред. д-ра мед. наук Г.В. Козловской. М., 2019. 192 с.

Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Психодиагностический тест «ГНОМ» для определения уровня психического развития детей раннего возраста. 3-е изд., исправл. и доп. М., 2017.

Официальный сайт Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов». URL: <https://sfri.ru/>

Глава 15

И. А. Марголина, Н. В. Платонова, Е. Е. Балакирева **Расстройства пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возраста**

Введение

Согласно современным представлениям – пищевое поведение человека представляет собой совокупность вкусовых предпочтений, диеты, режима питания, зависящую от культурных, социальных, семейных, биологических факторов.

В МКБ-10 выделяются «Расстройства приема пищи» (F50). В данный раздел входят: нервная анорексия, атипичная нервная анорексия, нервная булимия, и еще ряд патологических состояний. Для детских психиатров представляет особый интерес расстройство приема пищи в младенческом периоде и в более старшем детском возрасте (F98.2) и поедание несъедобного (F98.3). Раздел (F98.2) включает разнообразные и специфичные проявления нарушений питания, такие как отказ от пищи и крайнюю привередливость при наличии адекватного количества и качества пищи и умелого кормящего лица, а также при отсутствии органического заболевания головного мозга и ЖКТ. В раздел «Поедание несъедобного младенцами и детьми» включается стойкое питание непищевыми веществами.

В ряде исследований расстройства пищевого поведения у детей рассматриваются как составная часть симптоматики других, более общих психических расстройств или предрасположенности к ним (Nicholls D, Bryant-Waugh R, 2009; Bryant-Waugh R, Markham L, 2010; Марголина И.А., Проселкова М.О., 2014). Другими авторами подчеркивается важность гармоничного взаимодействия в диаде «мать-дитя», искажениям которых в ряде случаев отводится роль главного этиологического фактора в возникновении нарушений пищевого поведения в раннем возрасте (Тишевской И.А., Мухамедрахимов Р.Ж., 2011; Spitz R.A., 1946; Cooper, P.J., Whelan E., 2004).

Эмпирическое клинико-психологическое исследование

С целью изучения расстройств пищевого поведения у детей сотрудниками отдела детской психиатрии НЦПЗ проведено исследование на примере детей с психической патологией, вызванной различными этиологическими факторами. Исследование проводилось как проспективно, так и ретро-

спективно с тщательным анализом анамнестических данных. Катанез составил 4 года.

Задачами исследования было описать типологию расстройств пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте, встречающихся при тех или иных видах психической патологии, выявить взаимосвязь выявленных расстройств пищевого поведения с общей клинической картиной психического заболевания, выработать методы их коррекции.

Методами исследования психического и психофизического состояния детей были клинические (педиатрический, неврологический, клинко-психопатологический), а также параклинические (патопсихологический, инструментальный).

Выборка. Критериями включения являлись: возраст от 6 месяцев до 6 лет 11 месяцев и предъявляемые представителями ребенка жалобы на нарушения пищевого поведения. Критериями невключения были тяжелые пороки развития или приобретенные органические нарушения пищеварительной системы, препятствующие поступлению пищи в организм или ее перевариванию, тяжелые органические поражения ЦНС, в результате которых пероральный прием пищи был невозможен, глубокая степень умственной отсталости (имбецильность, идиотия). Исследование проводилось на базе ФГБНУ НЦПЗ (амбулаторный прием), НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, ГБУ ЦССВ «Вера. Надежда. Любовь.»

В исследование вошли три группы:

- 1) дети с эндогенными психическими расстройствами;
- 2) группа с резидуальной церебральной недостаточностью;
- 3) дети из ситуации психической депривации.

Результаты по первой группе, которую составили дети с верифицированными расстройствами аутистического спектра (28 детей). По МКБ-10 у детей диагностировался F84.02 «Аутизм вследствие других причин», соответствующий критериям аутизма Каннера, а также F84.11 и F 84.12 или «атипичный аутизм с умственной» и «... без умственной отсталости».

Психопатологические проявления, отмечавшиеся у детей данной группы, представляли собой широкий спектр аутистических расстройств в виде симптомов искаженного развития, нарушений коммуникативных функций и социального взаимодействия, когнитивного дизонтогенеза. В моторной сфере отмечалось как диссоциированное недоразвитие крупной и тонкой моторики, так и микрокататонические нарушения

в виде гипо- и парамимии, двигательных стереотипий, застываний. Отмечались немотивированные колебания настроения и психической активности, в ряде случаев имевшие эндогенный суточный ритм с инверсией сна и бодрствования. В когнитивной сфере у детей дошкольного возраста на фоне неравномерной задержки развития можно было отметить и нарушения качественной стороны мышления в виде появления прообраза бреда в форме особого отношения к отдельным людям, предметам одежды, а также предлагаемой пищи.

У детей-аутистов с первых месяцев жизни отмечались вегетовисцеральные расстройства, проявляющиеся срыгиванием, рвотами, икотой, запорами, поносами, метеоризмом (48%), высока была частота кишечных колик (78%), явлений эзофагального рефлюкса (до 58% случаев). У 30% детей отмечалось вялое сосание, снижение аппетита без снижения веса, а в некоторых случаях даже его увеличение, в 20% случаев имело место повышение аппетита. В 35% случаев отмечено искажение пищевого поведения (отказ от еды днем и еда ночью, во сне). Во втором полугодии жизни частота срыгивания уменьшалась, но дети отказывались жевать твердую пищу, была выражена избирательность в еде, сохранялись рвоты. При подробном сборе анамнеза их матери отмечали равнодушное, а в ряде случаев негативное отношение к грудному вскармливанию. Дети не принимали на руках у матери удобной, конгруэнтной ее телу позы, выворачивались, лежали «как куклы». Отмечалось также снижение аппетита, особенно в дневное время, когда ребенок не плакал в случае длительного промежутка между кормлениями, а спал или просто тихо лежал, пока мать сама не подойдет к нему. Таким детям часто требовалось неоднократное ночное кормление. В дальнейшем, отмечались трудности с введением прикорма, дети долго не могли перейти к кормлению с ложки, отмечалось поперхивание несмотря на отсутствие неврологической патологии. После года дети отказывались пробовать новую пищу, относились к ней настороженно, с 1.5 лет можно отметить обнюхивание предлагаемой пищи. Начинает отмечаться потребность в различных ритуалах, связанных с процессом кормления, а также избирательность лиц, «допускаемых» ребенком к кормлению. Так, некоторых детей возможно было накормить только во время просмотра любимых мультфильмов или рекламных роликов, некоторые требовали, чтобы кормящие их лица пели или рас-

сказывали им сказки. В ряде случаев дети разрешали себя кормить только маме или бабушке, при попытке накормить их другими членами семьи дети выплевывали пищу или сталкивали тарелки с едой со стола. При преобладании в клинической картине негативной симптоматики, у пассивных детей можно было отметить медленное пережевывание пищи, дети подолгу задерживали пищу во рту, закладывали ее за щеку, затем выплевывали ее в тарелку и снова клали в рот. Особая медлительность при приеме пищи отмечалось при наличии кататонической симптоматики, когда дети «застывали» с ложкой в руках или с пищей во рту. В ряде случаев отмечался мерицизм – повторное заглатывание ранее проглоченной пищи. У детей этой группы часто можно было наблюдать игровые манипуляции с едой, когда дети размазывали еду по столу и одежде. По мере взросления и расширения пищевого рациона все более явной становилась избирательность в еде, проявлявшаяся в отказе от употребления в пищу каких-либо продуктов, в ряде случаев, вплоть до перехода на питание каким-либо одним продуктом, часто неполноценным в плане необходимого набора питательных веществ, а иногда даже вредным для здоровья (хлебобулочные изделия, макароны, картофель-фри из ресторанов быстрого питания). Отдельно следует отметить привычное регургитационное расстройство, отмечаемое как в группе детей аутистов, так и в остальных 2 группах. Механизм его возникновения был различен. В ряде случаев рвота возникала после еды без видимой причины, иногда провоцировалась насильственным кормлением или какими-либо другими внешними факторами, сопровождающими прием пищи, например, кормление нежелательным для ребенка лицом, иногда ребенок сам вызывал у себя рвотный рефлекс. Катамнестически удалось проследить 20 детей (71 %). Улучшение пищевого поведения отмечалось в 80% случаев и включало в себя расширение рациона питания, овладение навыками самостоятельного приема пищи, прекращение регургитаций.

Анализ катамнестических данных продемонстрировал прямую корреляцию между уменьшением выраженности нарушений пищевого поведения и улучшением общего психического состояния, социальной адаптации, редукцией продуктивных психопатологических симптомов. В тех случаях, когда аутистические симптомы оставались стойкими, расстройства приема пищи также подвергались редукции, но в меньшей

степени. Отмечались резидуальные нарушения в виде избирательности в еде, предпочтения еды в одиночестве, употребление пищи определенной консистенции и т.д.

Результаты по второй группе, которую составили дети с ante- и перинатальными органическими поражениями ЦНС (26 детей). Из анамнеза этих детей было известно об осложненной беременности, тяжело протекавших, часто преждевременных родах. Все дети имели задержку моторного и речевого развития. Из соматовегетативных нарушений часто отмечались явления пилороспазма (при отсутствии пилоростеноза), срыгивание и рвота съеденной пищей, а также чередование запоров и диареи. Пищевое поведение было тесно связано с уровнем развития ребенка и во многом обусловлено функциональным состоянием ЦНС. Особенно ярко это проявлялось в младенчестве. Дети сосали вяло, быстро уставали, засыпали на руках кормящего с бутылочкой во рту. У детей данной группы в возрасте до года также отмечались вегето-висцеральные нарушения и, как правило, имели диффузный характер. В системе питания это были частые срыгивания – 35%, рвоты, метеоризм, диарея, запоры – 35% и были наиболее выражены в возрасте от 3 недель до 3 месяцев. У них преобладало пассивное бодрствование, аппетит часто был сниженным. Однако в ряде случаев дети были возбудимы, часто плакали, кричали, им требовался особый режим кормления. Дети ели маленькими порциями, у них особенно часто отмечались обильные срыгивания после еды. По мере роста нарушения пищевого поведения становились более разнообразными, но их связь с задержанным психомоторным развитием продолжала отмечаться. Такие дети долго не овладевали навыками жевания и глотания твердой пищи, не могли научиться самостоятельно пользоваться ложкой. В то же время следует отметить, что приблизительно к году все более значимой становится правильность педагогических подходов при обучении ребенка навыкам самообслуживания за столом, терпение и эмоциональная вовлеченность лица, осуществляющего процесс кормления и ухода за ребенком. В дальнейшем по мере ослабления роли резидуальной неврологической симптоматики в состоянии ребенка, нарушения пищевого поведения приобретают более индивидуальный для каждого ребенка характер. Все более значительную роль играют психогенные факторы (например, упорная рвота при переводе ребенка в другую группу).

Катамнестически были прослежены 23 случая (88%). В данной группе редукция расстройств приема пищи наблюдалась в 90% случаев, что можно объяснить регрессионной динамикой органической патологии. В то же время оставались значимыми психогенные факторы (рвота перед школой, как проявление «школьного» невроза – 1 случай), а также соматоформная патология, касавшаяся не только пищеварительной системы, но и других систем, как проявление вегето-висцеральной дисфункции.

Результаты по третьей группе, которую составили дети-сироты. У детей данной группы психопатологическое состояние обусловлено воздействием психогенных факторов, таких как психическая депривация, эмоциональное и физическое насилие в анамнезе (29 детей). Дети наблюдались на базе Центра содействия семейному воспитанию, 5 были возвращены в семьи. Нужно отметить, что лишь 8 из этих детей были сиротами с рождения, остальные были изъяты из семьи или отданы законными представителями в связи с невозможностью по тем или иным причинам воспитывать их. Неврологический осмотр не выявлял симптомов раннего органического поражения ЦНС. Сироты с рождения были подвергнуты воздействию фактора психической депривации и имели характерные для данного фактора психические особенности. В младенчестве они сосали жадно без чувства меры, в связи с чем периодически отмечалось срыгивание. В связи с употреблением достаточного количества пищи в дневное время, а также ранним приучением к режиму сна и бодрствования, они не нуждались в ночном кормлении. Рано начинали следить за бутылочкой, в дальнейшем, внимательно, с нетерпением, наблюдали за процессом приготовления медицинской сестрой смеси для кормления или переключиванием пюре из баночки в чашку. По мере взросления были нетребовательны к рациону и качеству питания, легко переходили с жидкой на твердую пищу, рано овладевали навыками самообслуживания при приеме пищи. Аппетит оставался повышенным, в связи с чем иногда возникали проблемы с перееданием, когда в силу каких-либо обстоятельств у детей появлялась возможность съесть больше положенной им порции, они не могли остановиться, ели до рвоты. Следует также отметить, что, несмотря на повышенный аппетит, дети плохо прибавляли в весе. Несколько иные нарушения пищевого поведения от-

мечались у детей, изъятых из семей. Большая часть детей поступала в возрасте старше 1.5 лет, из социально неблагополучных семей, ранний их анамнез был неизвестен, однако данные их соматоневрологического статуса и проведенных обследований позволяли сделать вывод об отсутствии у них клинически значимых симптомов раннего органического поражения ЦНС. У всех наблюдаемых нами детей отмечалась незначительная задержка психического развития. Из соматовегетативных нарушений наиболее часто встречалась склонность к запорам, в более старшем возрасте у детей данной группы часто отмечались боли в животе неясной этиологии. Дети были постоянно насторожены, тревожны. Во время приема пищи озирались по сторонам. Некоторые не владели соответствующими возрасту навыками самообслуживания. Дети поступали в дом ребенка, как правило, с дефицитом массы тела, без привычки к определенному режиму питания. Однако, в первое время пребывания в доме ребенка, они обнаруживали некоторую избирательность в еде, связанную вероятно, с опытом однообразного питания и выработанными в семье вкусовыми предпочтениями. По мере адаптации избирательность в еде уменьшалась, но пищевое поведение все более определялось эмоциональным состоянием ребенка. Все дети этой группы отличались сниженным настроением, их аффективное состояние определялось как тревожная депрессия. На этом фоне отмечались как эпизоды сниженного аппетита с отказом от еды, так и эпизоды булимии без чувства насыщения. У некоторых детей такие эпизоды сменяли друг друга. По мере редукции аффективных нарушений, уменьшались и нарушения пищевого поведения. Однако у ряда детей продолжала отмечаться склонность к перееданию, обусловленная искажением влечений.

Катамнез удалось собрать в 70% случаев. Катамнестические наблюдения показали наибольшую разнородность динамики нарушений пищевого поведения в этой группе, которая зависела, в основном, от внешних обстоятельств жизни детей. Отмечено, что как усыновленные дети-сироты, так и оставшиеся в социальных учреждениях не демонстрировали впоследствии выраженных нарушений пищевого поведения. Дети, проживавшие в последующем в семьях, чаще демонстрировали расстройства приема пищи в виде переедания или отказа от приема пищи.

Меры, направленные на коррекцию выявленных нарушений пищевого поведения, зависели от нозологической формы психической патологии, при которой они встречались и клинической феноменологии вызывающих их психических нарушений. Но независимо от нозологии большое значение отводилось психотерапевтической работе с семьей по нормализации отношений в диаде мать-дитя, а в случаях, наблюдаемых в домах ребенка – работе с персоналом, разъясняющим важность формирования у ребенка привязанности к ухаживающими за ним лицами. В работе с семьей важное значение придавалось также конкретным рекомендациям по установлению режима питания и развитию навыков самообслуживания ребенка за столом. В случаях, когда ребенок находился на стационарном лечении, а также в ряде случаев - в доме ребенка, ведущая роль отводилась лекарственной терапии. Учитывая возрастные ограничения по применению психофармакотерапии у детей младшего возраста, предпочтение по возможности отдавалось препаратам метаболического и ноотропного действия, особенно у детей с ранним органическим поражением ЦНС, а также у пассивных детей с непроявленными формами аутизма. Среди них можно выделить раствор L-карнитина для приема внутрь, который не только улучшал аппетит, но также повышал психический тонус и активность детей, стимулируя, таким образом, их психическое развитие. При установлении ведущей роли аффективной симптоматики в возникновении нарушений пищевого поведения у детей старше 6 лет возникала необходимость применения разрешенных в данном возрасте антидепрессантов. Для лечения бредовых и кататонических расстройств и связанных с ним нарушений пищевого поведения назначались нейролептики с антипсихотическим действием.

Заключение

Расстройства пищевого поведения у детей отличаются большим разнообразием, различной степенью выраженности и обусловлены сочетанием многих факторов. Являясь нарушением инстинктивной сферы, они наиболее глубоки и разнообразны при эндогенной психической патологии, которой являются расстройства аутистического спектра. В то же время при состояниях, вызванных экзогенными факторами (органическими и психогенными), они также представлены достаточно широко. Во всех исследованных группах расстройства

пищевого поведения были тесно связаны и коррелировали по степени выраженности с другими психическими нарушениями, обусловленными тем или иным этиологическим фактором, а также сопровождались различными соматовегетативными расстройствами.

Динамика расстройств пищевого поведения зависела как от этиологического фактора, так и от психогенных и психосоциальных факторов. Терапия должна быть направлена на редукцию как собственно психопатологических симптомов, так и сопровождающих их соматовегетативных расстройств, и проводиться с учетом этиологического фактора.

Литература

Марголина И.А., Проселкова М.О., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Усачева Е.Л., Малышева Т.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возраста // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. № 5. С. 49-53.

Психиатрический тезаурус. Санкт-Петербург. Издательский дом СПбМАПО, 2003.

Тишевской И.А., Мухамедрахимов Р.Ж. Психологические аспекты пищевого взаимодействия матери и младенца // Вестник С.-Петерб. ун-та. Сер. 12. 2011. Вып. 1. С. 88-93.

Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT: Feeding and eating disorders in childhood // *Int J Eat Disord.* 2010. Vol. 43 (2). P. 98-111.

Cooper, P.J., Whelan E., Woolgar M, Morrell J., Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment // *British Journal of Psychiatry.* 2004. Vol. 184. P. 210-215

Nicholls D, Bryant-Waugh R: Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009. Vol. 18 (1). P. 17-30.

Spitz R.A., Wolf K.M. Anaclitic depression. An inquiry into genesis of psychiatric conditions in early infancy // *Psychoanal. Stud. Child.* 1946. Vol. 2. P. 313-342.

Глава 16

Л. Л. Баз

Особенности кормления детей раннего возраста как показатель детско-материнских отношений

В данной главе мы предприняли попытку проанализировать отечественные исследования, посвященные кормлению детей раннего возраста. Привели свое понимание данной проблемы опираясь на сорокалетний опыт работы с детьми разного возраста в стенах психиатрических клиник и вне их, опыт консультирования родителей по проблемам нарушений развития и поведения ребенка.

На протяжении многих веков ребенок получал ту еду, которой располагали его родители. Она была одинакова в определенных условиях существования и зависела исключительно от возможностей родителей. Были традиции, которым следовали из поколения в поколение. По мере развития человечества расширялись пищевые возможности, развивался научный подход к организации кормления детей. В настоящее время существует целая индустрия продуктов питания и готовых блюд для детей, многие из которых созданы в рамках научных представлений об их пользе для растущего организма. Другие же, имея этикетки «для детского питания», при частом потреблении не только не полезны для ребенка, но и могут нанести вред здоровью. Постоянно возникают различные научные и околонаучные направления, касающиеся особых диет для детей. В данных условиях, как никогда возрастает ответственность родителей в том, чем и как кормить ребенка.

По рекомендациям ВОЗ (Защита, поощрение и поддержка грудного вскармливания..., 2017) для детей с момента рождения и до двухлетнего возраста необходимо исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни, после чего следует продолжать кормить грудью и начинать давать ребенку питательную и полезную пищу вплоть до наступления двухлетнего возраста и даже позже. Отечественные педиатры присоединяются к рекомендациям ВОЗ, и советуют придерживаться грудного вскармливания ребенка хотя бы до возраста 1 года (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998; Грибакин С.Г., 2021; Фадеева В.В., 2009). Грудное вскармливание – ключ к сохранению здоровья. Исследователи выявили приблизительно

сто причин необходимости грудного вскармливания для ребенка. Часть из них относится только к грудному возрасту. Материнское молоко – это источник энергии необходимой для физического развития ребенка, и особенно для развития иммунной системы и кишечной микробиоты младенца (Боровик Т.Э., Ладодо К.С., 2015; Грибакин С.Г., 2021). Молоко играет регуляторную функцию, благодаря содержанию в них гормонов, ферментов является биологически активным продуктом управляющим ростом и развитием тканевой дифференцировки ребенка. Другая часть преимуществ материнского молока перед смесями – имеет пожизненный характер и лежит в основе современной концепции «программирования питания» (Нетребенко О.К., Грибакин С.Г., 2019). Суть ее в том, что от качества питания, от адекватного поступления нутриентов сначала в организм будущей матери, а потом и самого ребенка, зависит формирование его трофологического или нутритивного статуса. Именно от него зависит выносливость к физической и умственной нагрузке, здоровье человека на протяжении всей жизни. По мнению известного специалиста в области питания детей раннего возраста Е.М. Фатеевой (2008) на физиологическом уровне 90-95% женщин могут вскармливать ребенка грудью. При этом данные Росстата (2019 г.) говорят о том, в нашей стране не более 40 % детей в возрасте до 6 месяцев получают грудное молоко. Даже если, женщины считают естественное кормление ребенка ценным, менее половины из них сохраняют его в рекомендуемые ВОЗ сроки - до 6 месяцев. Проблема настолько остра, что с 1995 года в нашей стране внедряется методика «поддержки грудного вскармливания» разработанная ВОЗ (Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года..., 2019). Как пишут Е.М. Фатеев, Ж.В. Цареградская (2000; 2008) подготовка к грудному вскармливанию должна начинаться с первых шагов полового и нравственного воспитания девочек, она должна продолжаться в школе, при создании семьи, и постановке на учет по беременности в женской консультации. В настоящее время в женских консультациях проводятся не только разъяснительные беседы о важности грудного вскармливания для психического и физического здоровья ребенка, женщин обучают основам поддержки грудного вскармливания. Распорядок дня, полноценное питание, пищевые добавки все это вносит свой вклад в стимуляцию лактации. Разработаны дополнительные приспособ-

собления позволяющие матери вскармливать грудь ребенка с различными физическими и неврологическими проблемами, такими как расщелина верхней губы или неба, изменение носовых проходов, и т.п. Эта программа поддержки грудного вскармливания включает в себя раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка в одной палате в роддоме, свободное вскармливание по сигналу голодного ребенка, полный отказ от допаивания водой, исключительно грудное вскармливание до 4-6 месяцев, а далее с прикормом и кормление грудью желательно до года. Для выполнения рекомендаций данных необходимо прежде всего желание женщины, а также поддержка, эмоциональная, материальная, физическая, со стороны отца ребенка, родителей женщины и родителей отца ребенка.

Кормление младенца грудью дает возможность матери и ребенку переживать очень тесное и яркое эмоциональное взаимодействие. Тесный физический контакт кожа к коже, ласковый голос матери запечатлевается в сознании ребенка. Мать обеспечивает не только физиологические потребности младенца, но и социальные. Именно на первом году жизни формируется базовое доверие к миру, привязанность к матери (Айнсворт М.Д.С., 1994; Боулби Д., 2003, Смирнова Е.О., 1995). Кормление грудью, как важный аспект развития ребенка, подчеркивали в своих работах многие психоаналитики. Материнская чувствительность к потребностям ребенка, способность правильно отреагировать на плач, утешить, приложить к груди, снизить тревогу, осуществить уход – влияет на способность адаптации человека к меняющемуся миру во взрослом возрасте. Нарушение взаимодействия в диаде мать-дитя свидетельствует о наличии психических проблем у матери. Это касается наличия собственно психического расстройства у матери, так и существования различного рода психологических проблем, которые могут быть вызваны разными причинами: социальными, бытовыми, финансовыми. Внешние проблемы создают тревожный эмоциональный фон у матери, не дают возможности концентрировать свое внимание на ребенке. Личность матери, ее жизненный путь, особенности сформированной потребностно-мотивационной сферы не всегда приводят к готовности женщины стать матерью, что отражается на материнском поведении (Филиппова Г.Г., 2002; Добряков И.В., 2015). Нарушения при взаимодействии с младенцем, которое

исследовалось и в ситуации кормления показало, что у матерей с психической патологией взаимодействие в диаде мать-дитя изменено (Мухамедрахимов Р.Ж., 2001; Баз Л.Л. 2005). Например, матери, страдающие послеродовой депрессией, мало эмоциональны, в меньшей степени стимулируют поведение детей, не подстраиваются к ребенку, не вокализируют в ответ младенцу, меньше времени наблюдают за ним, меньше прикасаются, особенно сокращается количество нежных прикосновений по сравнению с нормой. Матери из групп социального риска, например, матери подростки, так же имеют особенности во взаимодействии со своими детьми. Они менее чувствительны, менее экспрессивны, проявляют по отношению к ребенку больше отрицательных и меньше положительных эмоций. Меньше стимулируют и чаще наказывают своих детей. Исследователи указывают, что в диадах с нарушенным материнским поведением у младенцев наблюдается отклонения в психическом развитии.

С точки зрения психологии, сохранение грудного вскармливания показано до начала сепарации ребенка от матери, которая возникает около 1 года жизни ребенка, когда взаимодействие с матерью с эмоционального и телесного переходит на другой, более высокий уровень. У ребенка появляется ходьба, развивается автономная речь (Выготский Л.С., 2005), развивается ситуативно-деловое общение (Лисина М.И., 1986). В этот момент происходит физическое и эмоциональное отделение от матери. Длительное грудное вскармливание привязывает ребенка к матери, и затрудняет естественный процесс сепарации ребенка.

В обзоре статей, приведенных ниже показывается важность грудного вскармливания. Оно рассматривается как условие развития психологического взаимодействия в диаде мать-ребенок. Доказывается его влияние на процесс психического развития младенца.

В исследовании Ю.В. Барановской (2011), которая используя психологические методики, направленные на исследование эмоциональной сферы ребенка дошкольника на трех группах диад мать-ребенок выделенных по длительности грудного вскармливания: кратковременное, менее 6 мес., оптимальная 6-13 месяце, и длительное кормление более 13 мес., показала зависимость в эмоциональном развитии ребенка от длительности грудного вскармливания в раннем детстве. Сравнивая

крайние группы, она нашла статистически значимые различия между поведением матерей. В группе с кратковременным кормлением женщины «чаще волнуются по поводу достаточного у них количества молока; реже разговаривают с ребенком в процессе кормления, если и говорят, то их общение менее эмоционально; чаще испытывают негативные чувства при кормлении, арсенал же описываемых ими позитивных чувств значительно беднее; чаще считают, что кормление грудью – это сложный утомительный процесс, связанный с неприятными ощущениями; чаще соглашаются с тем, что грудное вскармливание может быть заменено искусственным аналогом; практически не имеют проблем с протестом и негативной реакцией ребенка на отлучение; в качестве основной причины прекращения грудного вскармливания называют недостаток молока в то время как вторая группа матерей чаще прекращает кормление из-за возраста ребенка, выхода на работу, подготовки к детскому саду» (Барановская Ю.В., 2011. С. 5-6). Были выявлены связи между длительностью грудного вскармливания и эмоциональными проблемами ребенка в последующем, они наблюдались у детей первой и последней группах. Матери, при кратковременном кормлении грудью не могли установить с ребенком тесный эмоциональный контакт, эмоциональная отстраненность матери не давала ребенку почувствовать любовь и заботу взрослого. У детей из данной группы отмечались страхи, неуверенность в себе, конфликтность, психосоматические проблемы. При длительном грудном вскармливании матери, наоборот, чрезмерно привязывали ребенка к себе, лишали их возможности быть самостоятельными. Ребенок меньше интересовался окружающим миром, сверстниками. Детям этой группы было чрезвычайно сложно проявить инициативу в деятельности и общении.

Т.П. Авдулова (2018) хотела доказать, что длительная забота о младенце приводит к детско-родительскому симбиозу, мать привязывает ребенка к себе, стремясь постоянно заботиться о ребенке и удовлетворять все его потребности, тем самым снижает присущий ей уровень тревоги. В исследовании приняло участие две группы матерей первая группа испытуемых с длительным грудным вскармливанием 2 и более лет, и длительный совместный сон с ребенком в кровати матери. Вторая группа прекративших грудное вскармливание до двух лет, и быстро прекратившая совместный сон с ребенком. Выд-

вигалось две гипотезы. Длительный совместный сон и длительное кормление грудью выбирают женщины с высоким уровнем созависимости, эти матери имеют и более высокий уровень тревожности. В исследовании приняло участие 48 женщин, использовались методики: шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера, методика «Диагностика уровня эмпатии» В.В. Бойко, методика определения созависимости Н.Г. Артемцевой.

Первая гипотеза подтвердилась частично, в группе матерей с более длительным кормлением были более выражены часть признаков созависимости, это более высокие показатели ориентации на мнение окружающих; готовность просить о помощи; трудности с принятием решений; страх отвержения. Так же эта группа отличалась по длительному совместному сну с ребенком. Во второй группе либо не было вообще совместного сна, если и был, то никогда длительно в кровати матери. Обнаружены расхождения в уровне эмпатии, особенно по рациональному каналу эмпатии, матери с длительным кормлением и сном были более эмпатичны, чем матери второй группы. Женщины второй группы имели значимо более выраженную ситуативную тревогу.

И.П. Пасечник, Е.В. Шутова, Л.В. Курова с соав. (2012) изучали особенности пищевого поведения у младенцев, разделенных на две группы, в зависимости от степени осведомленности о ценности грудного вскармливания. Матери отвечали на вопросы анкеты, касающейся широкого спектра вопросов естественного вскармливания ребенка. В одной группе матери были хорошо осведомлены по данным вопросам, в другой – не обладали достаточными знаниями. Проводилось наблюдение за поведением матерей в процессе кормления и взаимодействия с младенцами. Осведомленные матери вели себя спокойно, использовали весь спектр контактов с ребенком: эмоциональный, звуковой, тактильный, при возникновении у ребенка функциональных расстройств питания, матери своевременно вносили коррективы в процесс кормления. Матери второй группы во взаимодействии с ребенком были тревожны, на плач ребенка всегда реагировали прикладыванием к груди, несвоевременно использовали методы коррекции состояния ребенка и их средства взаимодействия с ребенком были бедны. У детей из второй группы значимо чаще наблюдались кишечные колики, эрофагия, срыгивания. Авторы делают вывод о том, что тревога матери индуцирует ребенка, приводит

к нарушениям постнатальной адаптации, в дальнейшем к развитию психосоматических расстройств, особенно со стороны пищеварительной системы. Авторы статьи – педиатры, предлагают профилактику возникновения психосоматических расстройств у детей раннего возраста начинать еще пренатальном периоде и проводить ее через мать.

В работе Н.А. Грюнталь (2005) оценивались личностные особенности и эмоциональные отношения к ребенку матерей в двух группах диад мать-ребенок, которые различались по способу кормления младенцев. В первой группе женщины кормили детей грудью, во второй – матери кормили детей искусственными смесями. Оценивалось психическое развитие ребенка по достижению им возраста 4-х месяцев. Использовались следующие методики: Цветовой тест отношений, ММИЛ, авторское полуструктурированное интервью. Психическое развитие ребенка оценивалось методикой О.В. Баженовой. Исследовалось развитие двигательных, сенсорных и эмоциональной сфер, а также взаимодействие со взрослыми. Были найдены различия, матери второй группы не имели положительно окрашенных эмоций при уходе за ребенком, они чувствовали свою несостоятельность в роли матери. Это выражалось либо в прямом отказе от кормления ребенка грудью, либо у них пропадало молоко, что так же рассматривалось автором как скрытое нежелание принимать ответственность за ребенка, являлось формой протеста против новых обстоятельств жизни. Оценка психического развития детей показала качественные различия между группами. Они были подкреплены педиатрическими данными. Дети из второй группы были более беспокойными, у них наблюдалось нарушение сна и расстройство пищеварения.

Е.Ю. Еремеева, Е.О Шангина (2016) используя психологические методики: анкету, в которой входили вопросы о длительности грудного вскармливания и причинах его прекращения, Я-структурный тест Г. Аммона и тест на определение типа привязанности К. Бартоломью, попытались связать сроки кормления грудью детей с личностными особенностями женщины. В исследовании принимали участие 45 женщин, разделенных на 4 группы контрольная, нормокормящие женщины. Срок грудного вскармливания от 10 до 18 месяцев. И три экспериментальные - малокормящие, которые по разным субъективным причинам кормили детей от 0 до 10 мес. Мало

кормящие по причине здоровья, они отказались от кормления грудью потому, что: было мало молока, принимали антибиотики и т.п. И долгокормящие, которые имели срок грудного вскармливания от 18 месяцев и более. Были найдены значимые корреляции между выбором срока грудного вскармливания и типом привязанности, дети в группах малокормящих матерей имели избегающий тип привязанности. Значимые различия были получены в тесте Г. Аммона по следующим критериям: конструктивная сексуальность и дефицитная агрессия. Конструктивная сексуальность обратно пропорциональна длительности грудного вскармливания. Авторы считают, что этот результат свидетельствует о том, что мало и долго кормящие женщины имеют дефицитную сексуальность. Суть дефицитности – отказ от собственных интересов и неспособность отделить себя от других, и именно этим характеризуется выбор срока грудного вскармливания у женщин коротко кормящих, которые сознательно или бессознательно боятся слияния и потери идентичности и долго кормящих, наоборот ищущих симбиотическую связь. Была выявлено, что пол ребенка напрямую связан с выбором матерью срока грудного вскармливания. В группе длительно кормящих процент детей мужского пола составил 81,5; в соединенной группе мало кормящих соответственно – 31,25%. Авторы полагают, что матери, не имея возможности реализовать свою сексуальную жизнь с партнёром, использует грудное вскармливание как процесс, помогающий получить сексуальное удовлетворение, и проецирует на своего ребенка мужского пола свои невротические желания.

В педиатрической литературе нарушения питания традиционно сводятся к определенному перечню органически обусловленных расстройств. Вместе с тем, ряд авторов (Крайслер Л., 1994; Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 1999; Исаев Д.Н., 2000; Микиртумов Б.Е. с соавт., 2001; Осипова М.С., 2018) считают, что психологические причины чаще являются причиной расстройств питания, чем объективные недокорм ребенка или наличие специфических инфекций. Грудное вскармливание – естественный физиологический процесс, который является неотъемлемой частью цепочки зачатие–беременность–роды–грудное вскармливание. Разнообразные биологические, психические и социальные факторы, приводящие к нарушению структуры этой физиологической закономерности, способствуют развитию психосоматических заболеваний, что

и показали выше приведенные исследования. Одним из основных нарушений являются расстройства со стороны системы пищеварения.

Р.М. Басина с соав. (2020) исследовала особенности пищевого поведения детей первого года жизни в зависимости от характеристик детско-материнских отношений, уровнем тревоги и депрессии у матерей. 129 женщин были разделены на 3 группы: матерей имеющих здоровых младенцев 1-4 месяцев; матерей здоровых младенцев возраста 4–7 месяцев; матерей младенцев 1-7 месяцев с перинатальными заболеваниями. Использовались психологические методики: «Опросник пищевого поведения младенцев», «Материнская шкала объектных отношений» (краткая форма), «Госпитальная шкала тревоги и депрессии». В результате исследования авторы выделили три модели взаимосвязи изучаемых характеристик. Первая модель – позитивной пищевой перцепции. Она активно формируется у здоровых детей в возрасте 2-3 месяцев жизни, дети положительно относятся к приему пищи, матери теплые и эмоционально принимают детей. В рамках этой же модели установлены обратные взаимоотношения указанных свойств с подавленным эмоциональным фоном матери и переживанием «тягостности» общения с ребенком. Вторая модель – негативной пищевой перцепции. Она развивается у здоровых младенцев в возрасте 5-6 мес. и проявляется неприятием ребенком родительского «пищевого контроля». Матери переживают трудности во взаимоотношениях с ребенком. Третья модель – преаноректическая, формирующаяся у детей в возрасте 3-4 месяцев, при наличии у ребенка перинатальной патологии. Дети имеют нарушения имеют различные нарушения пищевого поведения, соответствующие симптомам инфантильной анорексии. При этом выявлена значимая корреляция с трудностями в детско-материнских отношениях и сниженным аффективным фоном у матерей.

Рассмотрев несколько эмпирических исследований, можно сделать однозначный вывод о том, что отсутствие естественного грудного вскармливания младенца матерью в большинстве случаев свидетельствует об отсутствии эмоционального принятия ребенка. Известно, что женщины принявшие решение оставить своих детей в родильном доме, не кормят их грудью, для того чтобы эмоционально к ним не привязаться. Возможно, что особенности семейной ситуации, тревога за свое будущее,

за будущее своего ребенка, приводят к выраженному эмоциональному напряжению, в состоянии которого, женщины не позволяют себе полностью погрузиться в радость переживания материнства, что не способствует выработке молока. Имеются исследования, проведенные врачами, в которых выявляются причины, препятствующие женщинам кормить ребенка грудью (Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Алексеева А.В., 2019; Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Иванов Д.О. и др., 2020). Авторы традиционно разделяют их на объективные и субъективные. К объективным относят такие как отсутствие молока у женщины, отказ ребенка от груди, болезнь матери или ребенка. К субъективным необходимость выхода матери на работу или учебу, нежелание матери кормить ребенка. Понимая, условность такого деления, можно так же рассматривать приведенные «объективные причины», как причины имеющие субъективные основания.

Наш опыт работы с молодыми матерями показывает, что продление сроков кормления грудью так же свидетельствует о нарушениях детско-материнского отношения.

Известны случаи длительного кормления грудью детей до возраста 3-5 лет.

Так как общение психолога происходило либо в стенах психиатрического стационара, куда попадали дети с различными формами дизонтогенеза, либо в рамках психологического консультирования, всегда имелись жалобы со стороны матери на особенные формы поведения детей, которые вызывали у них беспокойство. При консультировании часты жалобы на трудности адаптации в детском саду. Матери длительно кормили детей грудью, дети были к ним очень привязаны, они не отделялись от матери эмоционально. К возрасту трех лет матери уставали от этой тесной связи, и считали нормальным одновременно резко прекратить кормить ребенка грудью и отдать его в детский сад. Ребенок не мог пережить такой эмоциональный стресс и у него появлялись различные невротические реакции. Многие из женщин длительно кормившие детей грудью на вопрос зачем они это делают, отвечали, что они «настоящие матери», и их долг дать своему ребенку все, что от них зависит. В глубине души, на эмоциональном уровне, их тяготила такая тесная связь с ребенком, но на рациональном уровне, они считали, что поступают правильно. Нам известен парадоксальный случай мальчика трех с половиной лет,

который был помещен в стационар детской психиатрической больницы с проблемами в отставании психического развития и особенно речи. Его мать оставили сына на попечение бабушке в возрасте трех месяцев, уехала в другую страну работать, чтобы обеспечить себя и ребенка. Периодически приезжая домой, она давала грудь ребенку, хотя там не было молока. Мать считала, что в свое время ребенок был лишен материнской груди и уже в довольно взрослом возрасте, он может восполнить дефицит эмоционального общения с ней, которого был лишен в детстве. Такое поведение матери только усугубляла ситуацию нарушений развития ребенка, так как мать лишала возможности мальчика взаимодействовать с ней на более высоком уровне, соответствующем новым возрастным потребностям ребенка. После беседы с психологом она перестала это делать, то есть, ее поведение было продиктовано чувством вины перед ребенком.

В случаях отсутствия грудного вскармливания, при расспросе женщины отвечают, что у них нет молока, ребенок не доедает, и т.п., нередко можно слышать о тревоге матери по поводу того, сколько съедает ребенок. Мать может контролировать количество съеденной пищи, только когда она находится в бутылочке с делениями. Отсутствие кормления грудью, может свидетельствовать как нарушении материнского поведения женщиной, так и о социально-эмоциональном неблагополучии данных семей в целом.

Мы считаем, что кормление ребенка матерью, отклоняющееся от рекомендаций ВОЗ, могут рассматриваться как нарушения материнского поведения. Отмечается два основных вида: отсутствие грудного вскармливания и изменение длительности сроков кормления грудью. Прекращение кормления ребенка грудью до возраста 6 мес. и длительное кормление ребенка грудью более 2 лет в современных жизненных реалиях свидетельствует о наличии у матери нарушений мотивационно-потребностной и аффективной сфер и неосознанное стремление матери решать свои личностные проблемы посредством ребенка. При психологическом консультировании детей, при сборе анамнеза, всегда следует выяснять факт особенностей грудного вскармливания, и трактовать выявленные факты именно с позиций особых детско-материнских отношений. Их коррекция должна быть основной целью психотерапевтического воздействия при лю-

бых жалобах, предъявляемых матерью ребенка, касающихся как психического развития, поведения, так и психосоматических нарушений.

Литература

Авдулова Т.П. Особенности материнской заботы в раннем возрасте и риск формирования созависимых отношений / Психологические проблемы современной семьи. сборник материалов VIII международной научно-практической конференции. Уральский государственный педагогический университет. 2018. С. 408-412.

Айнсворт М.Д.С. Привязанность за порогом младенчества // Детство идеальное и настоящее / под ред. Е.Р. Слободской. Новосибирск: Сибирский рабочий, 1994. 332 с.

Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Издательство Института психотерапии, 1999. 304 с.

Баз Л.Л. Послеродовая депрессия. Эмпирические исследования психологических феноменов / Хрестоматия по перинатальной психологии. Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. М.: Издательство УРАО, 2005. С. 235-245

Барановская Ю.В. Связь длительности грудного вскармливания ребенка и его эмоционального развития в последующем [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2011. Т. 3. № 4. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n4/48750.shtml (дата обращения 07.10.2022)

Басина Р.М., Палаус Е.И., Махаури К.М., Фесенко Н.К., Абзалиева А.Д., Боган Н.В., Гречаный С.В., Хавкин А.И. Связь пищевого поведения младенцев с развитием детско-материнских отношений и уровнем тревоги и депрессии матерей // Вопросы детской диетологии. 2020. Т. 18. № 3. С. 99-110. DOI: 10.20953/1727-5784-2020-3-99-110

Боровик Т.Э., Ладодо К.С. Клиническая диетология детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2015. 720 с.

Боулби Д. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с.

Воронцов И. М., Фатеева Е. М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. СПб.: Изд-во «Фолиант», 1998, 262 с.

Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Изд-во Смысл; Издательство Эксмо, 2005. 1136 с.

Грибакин С. Г. Грудное вскармливание как подарок природы: что это дает маме и ребенку? (Лекция) [Электронный ресурс] // Медицинский алфавит. 2021. (21). С. 85-88. URL: <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-21-85-88> (дата обращения 07.10.2022)

Грюнталь Н.А. Роль свободного вскармливания в психическом развитии детей до одного года / Хрестоматия по перинатальной психологии. Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина М.: Изд-во УРАО, 2005. С. 272-273.

Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Издательство «Питер», 2015. 325 с.

Еремеева Е.Ю., Шангина Е.О. О связи структуры «я» женщины и ее выбора срока грудного вскармливания // СМАЛЬТА. 2016. № 1. С. 37-41.

Защита, поощрение и поддержка грудного вскармливания в учреждениях, предоставляющих услуги для беременных и новорожденных. Руководство. Всемирная Организация Здравоохранения, ЮНИСЕФ. [Электронный ресурс] Женева. 2017. 122 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325234/9789244513804-rus.pdf> (дата обращения 07.10.2022)

Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. М.: Издательство «Питер»; 2000. С. 163-172.

Клиническая диетология детского возраста. Руководство для врачей. 2-е изд. / Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. 717 с.

Крайслер Л. Психосоматика в психопатологии младенчества // Мать, дитя, клиницист: (Новое в психоаналитической терапии): пер. с итал. Под ред. Г. Фава Виццелло, Д.Н. Штерн. М.: Рос. психоаналит. ассоц., 1994. С. 112-120.

Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986. 144 с.

Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Издательство «Питер», 2001. 256 с.

Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Иванов Д.О., Юрьев В.К., Глуценко В.А., Харбедия Ш.Д. Некоторые результаты оцен-

ки питания детей первого года жизни, проживающих в мегаполисе // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2020. Т. 99. № 5. С. 117-124. DOI: 10.24110/0031-403X-2020-99-5-117-124.

Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Издательство С.-Петербур. ун-та, 2001. 288 с.

Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Автор. колл.: А.А. Баранов, В.А. Тутельян, О.В. Чумакова и др. М.: б. и., 2019. 112 с. Электронный доступ: https://nczd.ru/wp-content/uploads/2019/12/Met_rekom_1_god_.pdf

Нетребенко О.К., Грибакин С.Г. Программирование питанием на ранних этапах развития. Chisinau: Lambert Academic Publishing, 2019. 124 с.

Осипова М.С. Нарушение пищевого поведения в системе мать-дитя и их психоаналитическая психотерапия // Южно-Уральский медицинский журнал. 2018. №1. С. 18-22.

Пасечник И.П., Шутова Е.В., Курова Л.В. и др. Психосоматические расстройства системы пищеварения в неонатальном периоде // Вопросы детской диетологии. 2012. Т. 10. №3. С. 73–74.

Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии. 1995. № 3. С. 139-150.

Фадеева В.В. Кормление ребенка грудью. М.: Мир и Образование. Оникс., 2009. 160с.

Фатеева Е.М. Социальные, психологические и соматические аспекты, негативно влияющие на поддержку грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. 2008. № 6 (1). С. 55-57.

Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать-дитя». М.: Издательство «АГАР», 2000. 184.

Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. 240 с.

Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Алексеева А.В. Основные причины отказов от грудного вскармливания // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. Т. 65. № 2. С. 5. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-2-5ю.

Глава 17

М. А. Прочухаева, С. А. Важнова

Некоторые особенности психологической работы с родителями особых детей в службе ранней помощи

Введение

На этапе становления помощи детям раннего возраста в XX веке во всем мире основным подходом, в рамках которого осуществлялась помощь, была модель реабилитации, основанная на имеющихся у ребенка особенностях развития, дефицитах. Специалисты, долгие годы оказывавшие помощь детям и родителям в рамках этой модели, основное внимание уделяли проблемам и трудностям ребенка, и навыкам, в которых ребенок «отстает» от своих сверстников. Основной задачей специалисты «помогающих профессий» видели восполнение дефицитов развития путем формирования у детей с особенностями развития изолированных навыков.

На сегодняшний день теоретико-методологической основой ранней помощи являются представления о развитии детей младенческого и раннего возраста в системе «ребенок-близкий взрослый». Кроме того, основу ранней помощи составляют положения теории привязанности, согласно которой для благополучного психического, физического, коммуникативного развития ребенка и формирования у него адаптивных моделей поведения ребенку необходимо взаимодействие с чувствительной, отзывчивой и стабильной матерью (или заменяющим ее близким взрослым).

Целью и средством ранней помощи является сегодня развитие эффективного функционирования ребенка и семьи через вовлечение и участие ребенка в каждодневных жизненных, типичных житейских и социальных ситуациях и нормализация жизни семьи. Направление дальнейшего развития методологии ранней помощи определяется принятием модели функционирования и ограничений жизнедеятельности, используемой в Международной классификации функционирования. Согласно этой модели, на активность и участие ребенка влияют как факторы организма (состояние структур и функций), так и широкий спектр факторов окружающей среды: природных, технологических, социальных культурных, экономических, политических и других, а также персональ-

ные факторы. Данная модель основана на биопсихосоциальном подходе (Engel G., 1980).

Таким образом, современная модель ранней помощи ориентирована на всю семью. Между специалистами и семьей выстраиваются равные партнерские отношения. От пассивной роли исполнителей рекомендаций специалистов родители перешли к активной роли создателей программы помощи. Теперь вместе со специалистами родители ставят цели развития ребенка и намечают шаги, которыми они будут двигаться к цели.

С января 2022 года в 11 организациях, подведомственных Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы открыты структурные подразделения - службы ранней помощи. На базе ГБУ Центра социальной поддержки и реабилитации детей-инвалидов «Роза ветров» заработал ресурсно-методический центр ранней помощи города Москвы, оказывающий организационную, методическую поддержку специалистов, работающих в службах. В службах ранней помощи работают междисциплинарные команды специалистов: педагоги-психологи, специалисты по развитию движений, логопеды, учителя-дефектологи. В ресурсно-методическом центре работают врач-невролог, врач-психиатр, специалист по прикладному анализу поведения, сурдо и тифло педагог, специалист по тяжелым и множественным нарушениям развития детей, координаторы – специалисты по социальной работе, помогающие родителям решать проблемы с медицинскими обследованиями детей, оформлением социальных льгот и тд. При обращении родителей в службу ранней помощи, с ними работают психологи, консультирующие онлайн. В данной статье мы опишем некоторые особенности работы психолога с родителями особых детей в службе ранней помощи, основываясь на обобщении практического опыта.

Изменения в семье в ситуации рождения «особого» ребенка.

Рождение «особого» ребенка – это время большого стресса и перемен (Thompson, 2000).

Это принципиально новое событие, меняющее привычный, заданный уклад в жизни семьи. Родители «особого ребенка» находятся в условиях изменений, наступивших в их жизни перемен. Возникшая новая жизненная ситуация определяет отношение, переживание, стратегии реагирования членов семьи, когда готовых адаптивных механизмов нет, поскольку

это ситуация, выходящая за рамки обычного опыта. В процессе привычной, обыденной жизни человек встречается с разного рода стрессами, кризисами (семейными, личностными, возрастными), накапливает опыт совладания с «нормативными» жизненными ситуациями, но ситуация рождения особого ребенка относится к группе экстремальных стрессовых ситуаций. Новая жизненная ситуация – ситуация, выходящая за рамки собственного опыта.

Семья сталкивается с изменениями на разных уровнях: на материальном, когда требуется больше ресурсов, на социальном, когда изменяются отношения в социальной группе по сравнению с предыдущим жизненным опытом и обстоятельствами. В ситуации изменений человек испытывает сильные душевные страдания.

Родители детей с особыми потребностями испытывают сильный стресс, по сравнению с семьями, воспитывающих нейротипичных детей (Dyson, 1997).

Авторы различных исследований по данной проблематике выделяют факторы, влияющие на переживание стресса:

1) Степень и специфика нарушения в физическом и/или психическом аспекте здоровья ребенка. Чем тяжелее степень нарушения здоровья и развития ребенка, тем больший стресс испытывают матери, по сравнению с отцами, в семьях с низким уровнем дохода. В семьях со средним и выше уровнем дохода вне зависимости от степени нарушения ребенка уровень переживаемого дистресса отмечен как легкий чаще у матерей.

2) Отношения с другими членами семьи. Внутрисемейное взаимодействие становится ограниченным, чаще все внимание уделяется «особому» ребенку, чем другим членам семьи. При этом отцы, заботясь о материальном обеспечении, проводя время вне семьи на работе, переживают стресс легче, чем матери при ежедневном уходе за ребенком, погруженные в ситуацию переживания.

3) Семейные проблемы. Вне зависимости от уровня дохода, семьи, имеющие детей с ОВЗ, отмечают напряженность в отношениях, неудовлетворенность ситуацией, в том числе в вопросах распределения обязанностей по уходу за ребенком, что приводит к проблемам в браке.

4) Изменения в социальной жизни. Больше социальных сложностей испытывают отцы из малообеспеченных семей,

по сравнению с семьями, имеющими более высокий материальных доход.

Таким образом, можно отметить, что в связи с рождением особого ребенка образ жизни семьи меняется. Вне зависимости от финансового дохода родители сталкиваются с различного рода трудностями и испытывают значительный стресс. Существуют различия в ряде аспектов переживания стресса у малообеспеченных семей, связанных с ежедневным уходом за ребенком, изменениями в браке после рождения ребенка, изменениями в социальной жизни. В ряде других аспектов (отношения внутри семьи, личностный дистресс и пр.), существенной разницы в семьях с финансовым достатком и без не отмечено. Пол родителей имеет значение в переживании стрессовой ситуации (Upreti, Ritu, 2016). В основном привязанность формируется у матери с ребёнком, она его кормит грудью, проводит больше времени с ребенком, обеспечивая заботу и уход, проявляют бдительность и внимание к нарушенному поведению ребенка, его особенностям реагирования, в связи с этим находятся в ситуации большего стресса по сравнению с работающими отцами. Отец чаще играет более второстепенную роль (Sethi и др., 2007).

Изменения в социальной жизни способствуют переживанию многими родителями разочарования и неудовлетворенности, поскольку оказались ограничены в возможностях участия и включения в общественную жизнь, чем это было до рождения «особого» ребенка (Heiman, 2002).

Научно доказано, что социальная микросреда: отношения, которые складываются между супругами, принятие ситуации и включенность в заботу, уход о ребенке, распределение обязанностей, родительская компетентность играют большую роль в развитии ребенка. Что определяет необходимость и важность находить возможности для создания условий, способствующих уменьшения стресса в ситуации измененной жизни.

На адаптацию к новой жизненной ситуации требуются различные ресурсы: временные, материальные, личностные и прочее. В новой реальности родители применяют привычные паттерны и стратегии поведения, исходя из своих представлений о жизни, о том, как до рождения «особого» ребенка была выстроена система отношений внутри семьи и с обществом. Большая часть связей и способов организации жизни,

сформированная в предшествующий период, в новой ситуации оказываются не всегда эффективны. Встает задача создания новых форм отношений, поиска оптимальных стратегий, чтобы справиться с большим количеством изменений. Необходимо время, опора и поддержка семьи для ориентировки и адаптации в новой жизненной среде.

Этапы сопровождения изменений.

В практической работе психолога службы ранней помощи выделяем два основных этапа:

1. Этап признания сложности ситуации.

2. Этап сопровождения адаптации семьи. Этот этап реализуется в трех направлениях:

2.1. Собственные эмоциональные реакции и переживания родителя.

2.2. Родитель и семейное окружение.

2.3. Родитель и социум.

Рассмотрим каждый отдельно.

Этап признания сложности ситуации. Принятие ситуации происходит через признание сложности, трудности жизненной ситуации, через называние происходящего «своими именами», что происходит в жизни семьи, личных переживаний родителя. Признание родителем изменений делает возможным доступ к переживаниям горевания (утрата ожиданий) и поиску способов адаптации к новой реальности. Происходит осознание происходящего. Прежняя жизнь в привычном ее понимании утрачивается. Становится важным иметь возможность проститься со старой жизнью, организовывать другую жизнь, строить новые отношения с миром. На этом этапе позиция психолога заключается в создании атмосферы открытости, стабильности и доверия. Это обеспечивается основными принципами: принятие, присутствие, отсутствие оценки.

В случае пропускания в работе этого этапа, психолог как бы игнорирует, делает «невидимой», недоступной для переживаний эту часть жизни родителя. Что приводит к отрицанию реальности, делает невозможным ее обсудить, прожить внутренние переживания, гамму различных чувств.

Этап сопровождения процесса адаптации: собственные эмоциональные реакции и переживания.

Члены семьи испытывают тревогу и затруднения личностного типа. Они переживают различные эмоциональные реакции, связанные с тем, что данное событие вносит существенные из-

менения в привычную структуру жизнедеятельности семьи.

Среди реакции родителя «особого» ребенка можно отметить специфичные, сходные с переживанием горя как реакции на утрату:

- Эмоциональные и психологические: шок, сильная тревога, страх, оцепенение, «эмоциональная притупленность», отчуждение от контакта и общения с другими людьми, чувство беспомощности, безнадежности, трудности с концентрацией внимания, раздражительность, перепады настроения, чувство вины, стыда, самообвинения и т.д.
- Физиологические (длительное время, при отсутствии болезни): бессонница, повышенный уровень бодрствования, затруднение засыпания, усталость, нервозность и возбуждение, мышечные напряжение и боли и т.д.

В практической работе среди особенностей эмоциональных процессов и внутренних переживаний родителя, предъявляемых в процессе консультирования, выделим следующие:

1. Уход от эмоций, запрос на решение конкретной трудности родителя.

На этапе первой встречи родители могут озвучивать самые разнообразные по тематике и сюжетам «личностные проблемы», на первый взгляд, простые и четко сформулированные (например, «хочу найти ресурсы» или «что мне мешает испытывать позитивные чувства»). В тоже время они представляют сложность для работы психолога. Дело в том, что в эмоциональной жизни таких клиентов присутствует много разнородного и разнопланового опыта, и часто наблюдается общий фон эмоционального истощения.

Причина такой сложности организации эмоций в том, что эмоциональная ситуация и система отношений, в которой находится родитель - семья, имеет как будто бы несколько слоев существования. Человек испытывает трудности в ходе адаптации к меняющейся ситуации, и это провоцирует тревогу.

2. Разноплановость, многослойность и интенсивность переживаемых чувств родителями.

Довольно часто звучит вопрос «Почему так произошло? Что я/ наша семья не так сделали?», поиск ответов родители ищут многократно, где они сделали ошибку. Многократно вспоминается и анализируется жизнь до беременности, сама беременность. Невозможность найти удовлетворяющий ответ,

или представление о том, что ребенок - наказание за прошлый грех, заставляет постоянно переживать вину за случившееся, чрезмерно защищать и гиперопекать ребенка.

Стыд, как реакция в ответ на ожидание осуждения от социума – о родителе могут подумать, как о «плохом, неблагонадежном». Опасения отчасти оправданы, так как в обществе все еще встречается мнение, что «больные дети рождаются только у алкоголиков и наркоманов». И, соответственно, появляется желание и стремление защититься от взаимодействия с обществом, меньше контактировать с окружением. Родители испытывают страх, когда задумываются о том, как рассказать родственникам, друзьям, что родился ребенок с нарушениями здоровья и развития. Они переживают растерянность перед вопросами от близких и знакомых, на которые порой не знают ответа – эти вопросы посвящены причинам случившегося, способам решения ситуации. Или, когда тревога близких настолько сильная, что приходится поддерживать своих близких, в то время, когда сами нуждаются в поддержке.

Страх перед будущим: «Пойдет ли ребенок в школу, если да, то в какую? «Как отнесутся одноклассники?», «Куда после школы пойдет ребенок?», «Когда я умру, кто позаботится о ребенке?».

Родители сравнивают своего ребенка с нейротипичными детьми того же возраста, встречаясь на улице, или когда смотрят ролики в интернете. Родители переживают горечь, печаль, порой отчаяние: «Мой ребенок так не сможет. И неизвестно сможет ли когда-нибудь». Вера в чудо, ожидание, что с возрастом ситуация изменится, если сейчас семья приложит максимум усилий. Особенно это проявляется в ситуациях, когда есть неопределенность, и непонятно по какому пути пойдет развитие, когда делается все возможное родителями, специалистами. Очень трудно вынести эту неопределенность. Многие родители надеются на чудо.

Возникает много эмоционального напряжения, часто переживания не осознаваемы и не дифференцированы. В психологической работе родители постепенно вербализируют чувства, отделяют, проясняют, с чем связаны их чувства в различных ситуациях, связанных с переживанием «особенности» ребенка.

3. Переживания носят волнообразный характер. Можно выделить некоторые хронологические периоды в новой

жизненной ситуации семьи, когда переживания возникают, актуализируются:

- в момент узнавания диагноза. Озвучивание диагноза при отсутствии поддержки, эмпатии, уважительного и внимательного отношения со стороны врача приводит к негативным последствиям. Родители испытывают сильный стресс, возникает много эмоционального напряжения, им сложно воспринять услышанную информацию, включиться в обсуждение дальнейших планов в связи с диагнозом ребенка. Как последствие - ухудшается долговременная адаптация к новой жизненной ситуации, принятию диагноза.
- в периоды обследования, поиска медицинской, социальной помощи, когда происходит взаимодействие с социальной системой. Особенно в случаях неэкологичной, обесценивающей реакции специалистов. А также, при отсутствии понятного и ясного маршрута построения медицинской, социальной, психолого-педагогической помощи;
- когда возникает новая ситуация взаимодействия с социумом: впервые пришли на детскую площадку и т.д.

4. Внутреннее переживание родительства в зависимости от времени разлученности матери и ребенка. Переживания семьи, чьи дети после рождения провели часть времени в реанимации, больнице, отличаются от переживаний родителей, дети которых после рождения поехали домой. Разлучение с матерью, снижение возможности участия в заботе и уходе о ребенке, вовлеченность, количество и качество совместного времени влияют на развитие чувствительности родителя, близости, качестве контакта матери и ребенка. Изначальная совместность позволяет раньше «сонастроиться» матери и ребенку, формируя безопасную привязанность. Недоступность или малодоступность к ребенку, когда состояние ребенка критическое, прогнозы не ясны, создают ситуацию тревоги, постоянно находясь в которой, родителю сложно пережить близость к ребенку. Поэтому актуальным является вопрос о возможности длительного присутствия матери рядом, когда новорожденный находится в реанимации.

Этап сопровождения процесса адаптации: родитель и семейное окружение.

Рождение «особого» ребенка влияет на всю семейную систему. Претерпевает сильные изменения привычный ритм

жизни и уклад семьи. Появляется необходимость больше планировать свою жизнь, изучать и решать вопросы медицинского и социального характера, связанные со спецификой нарушения здоровья и развития ребенка, получением помощи. Искать помогающих специалистов в части абилитации или реабилитации для развития и формирования навыков функционирования ребенка, его социализации. Потребность выполнять много функциональных действий, обеспечивающих уход за ребенком требует от родителей времени, сил. Постоянный уход за ребенком, требующий максимальной включенности родителя приводит к наполнению усталости, к появлению физической и эмоциональной истощаемости. Большая ответственность и забота о здоровье ребенка, переживаемый стресс, сильные личные эмоциональные переживания могут лишить родителя способности замечать личность ребенка, его проявления любви к матери или отцу.

Изменяются отношения между членами семьи, каждый из членов семьи по-своему адаптируется к новой жизненной ситуации, проявляя личные способы совладения со стрессом.

В семьях, где есть эмоциональная поддержка, физическая помощь и участие близких, семьи, получающие внешнюю поддержку, отличаются улучшением межличностных отношений между родителями. В таких семьях совершенствуются навыки заботы и ухода за ребенком, жизнь становится более качественной (Ignjatovic T.D. и др., 2017).

Среди возможных трудностей, приводящих к увеличению дистанции в семейной паре, можно отметить различия во взглядах супругов, различия в восприятии «особенностей» ребенка, готовности принять диагноз.

Понимание и принятие самого факта наличия диагноза, возможность обсуждать свои переживания, поддерживать друг друга, определение социальной, медицинской, психолого-педагогической помощи - все это может объединить семью в условиях адаптации и дальнейшего планирования будущего.

Отрицание факта диагноза, поиск виноватых в случившемся, отказ от участия в помощи по абилитации/реабилитации, который может сопровождаться уходом в функциональность (работу), без эмоционального участия и физической помощи, моральной поддержки приводит к увеличению дистанции, разрыву отношений и ухода из семьи.

Факторами, влияющими на особенности отношения в супружеской паре, можно назвать наличие опыта рождения в семье особого ребенка, наличие в семье культуральной специфики.

В психологической работе мы проясняем ситуацию восприятия и отношения родителей, вклад каждого: кто за что отвечает- распределение физических ресурсов, к кому из членов семьи можно обратиться за помощью и за какой именно и т.д. – ищем опорные точки.

Специалисты службы ранней помощи приглашают семьи, обеспечивая возможность быть причастным к заботе и уходу за ребенком, оказывая поддержку родителям в этом процессе.

Этап сопровождение процесса адаптации: родитель и социум. На данном этапе сопровождения изменений в семье задачами выступает поиск внешних опоры на социальное окружение, где какую помощь (ребенку или себе) можно получить (социальную, медицинскую, психолого-педагогическую и т.д.).

На протяжении всей работы психолога с родителями актуальными являются поддержка усилий родителя, формирование активной позиции. Поощряем родителей делать то, что возможно, чтобы было ощущение контроля и своего участия.

Литература

Выготский Л.С. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка. Стеногр. докл. на конф. работников вспомогательных школ. Л., 23 мая 1931 г. [Электронный ресурс]. URL: http://dugward.ru/library/vygotskiy/vygotskiy_k_voprosu_o_kompensatornyh.html

Прочухаева М. М. Служба ранней помощи как первая ступень непрерывной инклюзивной образовательной вертикали // Актуальные проблемы современной России: психология, педагогика, экономика, управление и право: Сборник статей и тезисов Международной научно-практической конференции, посвящённой 200-летию со дня рождения А. Куссмауля, Москва, 22 февраля 2022 года / Гл. ред. А.А. Панарин. М.: МПСУ, 2022. С. 152-155.

Dyson, L. Father and mother of school-age children with developmental disabilities: parental stress and family functioning and social support // American Journal on Mental Retardation, 1997. Vol. 102 (3). P. 267-279.

Ignjatovic T. D., Milanovic M., Zegarac N. How services for children with disabilities in Serbia affect the quality of life of their families // *Research in Developmental Disabilities*. 2017. Vol. 68 (9). P. 1-8.

Heiman, T. Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations // *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2002. Vol. 14 (2). P. 37-58.

Sethi, S., Bhargava, S. C., & Dhiman, V. Study of level of stress and burden in the caregivers of children with mental retardation // *Eastern Journal of Medicine*, 2007. Vol. 12. P. 21-24.

Thompson, C. E. *Raising a Handicapped Child*. New York: Oxford University Press. 2000.

Upreti, R. and Singh, R. Perceived stress among parents of mentally challenged children: analysis across their educational status // *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2016. Vol. 14 (3). P. 369-378.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Баенская Елена Ростиславовна, главный научный сотрудник лаборатории образования и комплексной абилитации детей с аутизмом ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», доктор психологических наук; baenskaya@ikp.email.

Баз Людмила Леонардовна, доцент кафедры детской и подростковой клинической психологии НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», кандидат психологических наук, доцент; bazl@mail.ru.

Балакирева Елена Евгеньевна, и. о. заведующего отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», кандидат медицинских наук; balakirevalena@yandex.ru.

Белопольская Наталия Львовна, декан факультета клинической психологии НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»; профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения России, доктор психологических наук, профессор; natalybelopolsky@mail.ru.

Беркун Александра Вадимовна, руководитель коррекционно-развивающего центра «Дефектологический кабинет Александры Беркун», научный сотрудник лаборатории образования и комплексной абилитации детей с аутизмом ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»; alexandra@berkun.ru.

Важнова Светлана Алексеевна, психолог Ресурсно-методического центра ранней помощи ГБУ Центр социальной поддержки и реабилитации детей-инвалидов «Роза ветров» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы; alex-vazhnov@yandex.ru.

Воронкова Нина Андреевна, врач-психиатр кабинета раннего возраста ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»; ntyarkova@yandex.ru.

Голубева Наталья Ивановна, старший научный сотрудник группы эндогенных заболеваний детского и подросткового возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», кандидат медицинских наук; n_golubeva@mail.ru.

Горюнова Анна Викторовна, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, доктор медицинских наук; avgorjunova@mail.ru.

Добряков Игорь Валериевич, старший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения России, доцент, кандидат медицинских наук; dobriakov2008@yandex.ru.

Иванов Михаил Владимирович, заведующий кафедрой детской и подростковой клинической психологии НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», ведущий научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ivanov-michael@mail.ru.

Калинина Марина Анатольевна, ведущий научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», кандидат медицинских наук; marina-k-13@yandex.ru.

Козловская Галина Вячеславовна, главный научный сотрудник – консультант группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доктор медицинских наук, профессор; kozgalina17@mail.ru.

Максимова Наталья Евгеньевна, главный врач ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер»; главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения Тверской области; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской университет» Министерства здравоохранения России, доктор медицинских наук;

Марголина Инна Александровна, доцент кафедры детской и подростковой клинической психологии НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»; старший научный сотрудник

группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», старший научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», кандидат медицинских наук; imargolina@mail.ru.

Платонова Наталия Владимировна, научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», кандидат медицинских наук; detotdel@mail.ru.

Прочухаева Мария Михайловна, руководитель Службы ранней помощи ГБУ Центр социальной поддержки и реабилитации детей-инвалидов «Роза ветров» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы; masha021066@yandex.ru.

Разенкова Юлия Анатольевна, заведующая лабораторией комплексных исследований в области ранней помощи, профессор кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», доктор педагогических наук; razenkoff@yandex.ru.

Сеянина Марина Николаевна, заведующая детско-подростковым амбулаторным отделением ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер», главный внештатный специалист детский психиатр Министерства здравоохранения Тверской области; mselyanina@mail.ru.

Суетина Оксана Петровна, младший научный сотрудник лаборатории образования и комплексной абилитации детей с аутизмом ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»; клинический психолог, педагог-дефектолог коррекционно-развивающего центра «Дефектологический кабинет Александры Беркун»; suetina@berkun.ru.

Шевченко Юрий Степанович, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения России, доктор медицинских наук, профессор; europsy@mail.ru.

Для заметок

**РАННЕЕ ДЕТСТВО:
психологическая абилитация
и профилактика нарушений
психического развития**

Научное издание

Редактор Раиса Пронина
Корректор Вероника Петелина
Макет и верстка Антонина Тихонова

Издательство Московского института психоанализа
121170, г. Москва, Кутузовский просп., 34, стр. 14
e-mail: vo@inpsycho.ru

*По вопросам закупки литературы
Московского института психоанализа
обращайтесь к ИП Петросяну Овсепу Саядовичу
+7 926 2137307, +7 963 699 7594
e-mail: hpsmysl@yandex.ru*

Подписано в печать 10.02.2023, Формат 84x108 /32
Бумага офсетная. Тираж 500

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские технологии»
109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5, ком. 6.