

мыслями и поведением. Механическое действие вместо ментализирования, стереотипия мышления и речи вместо способности психически представлять эмоционально травматичные события и символически, в творческом воображении их преобразовывать, детоксицировать, контейнировать является следствием хрупкости идентичности и недостаточности средств и способов внутренне автономной и сформированной системы символической саморегуляции.

Нарушение процесса ментализирования может рассматриваться как часть общей дефицитарности при диффузии идентичности. К ее проявлениям мы относим утрату чувства авторства (agency) в представлении о себе и Другом, дефицит эмоциональной сопричастности, эмпатии переживаниям – своим и других, моральную «слепоту», трудности созидания общего «фокуса внимания», «коллективной интенциональности», когнитивную упрощенность ментальных репрезентаций, их «клиповость».

Литература

1. Бейтман Э., Фонаги П. [Bateman A., Fonagy P.] Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014.
2. Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении. В кн.: Избранные психологические исследования. М.: АПН. 1956b, 481–495.
3. Соколова Е.Т. Нарушения ментализации в клинической и культурной парадигме Л.С.Выготского // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 56.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ КОНТЕКСТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ РОДИВШИХСЯ ДО СРОКА ДЕТЕЙ СО СТРУКТУРНЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ИХ ЖИЗНИ

Андрущенко Н.В.^{1,2}, Мухамедрахимов Р.Ж.², Иова А.С.¹

¹ ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

n.andruschchenko@spbu.ru

²СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: недоношенные младенцы, родители, эмоциональное состояние, ранняя помощь, психическое здоровье.

INFLUENCE OF CONTEXT FACTORS ON MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENT OF PREMATURE INFANTS WITH STRUCTURAL INTRACRANIAL CHANGES IN THE FIRST YEAR OF THEIR LIFE

Andrushchenko N.V.^{1,2}, Mukhamedrakhimov R. Zh.², Iova A.S.¹

¹NWSMU, St. Petersburg, Russia

²SPbSU, St. Petersburg, Russia

n.andruschchenko@spbu.ru

Keywords: premature babies, caregivers, emotional state, early care, mental health.

Введение. Младенцы, рожденные до срока, находятся под кумулятивным воздействием стрессовых факторов, обусловленных, с одной стороны, заболеваниями, являющимися следствием неблагоприятно протекавшего внутриутробного и перинатального периода, а также проявлениями незрелости органов и систем, связанных с недоношенностью. К наиболее тяжелым заболеваниям относятся внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) и другие структурные изменения головного мозга младенца, обусловленные кровоизлиянием и проявляющиеся гидроцефальным синдромом, постгеморрагической гидроцефалией (ПГГ) [1]. С другой стороны, ребенок, в силу тяжести своего состояния, длительное время находящийся в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а в дальнейшем – на отделениях выхаживания, разлученный с матерью, членами семьи, подвергается дополнительному воздействию стрессовых психосоциальных и средовых факторов. Это такие факторы, как недостаточная социальная поддержка семьи, длительное пребывание вне домашней среды, частая смена ухаживающих за ребенком взрослых- медицинского персонала, болезненные и пугающие медицинские процедуры [2]. С позиций функционального подхода факторами, которые могли бы способствовать устойчивости ребенка, снизить стресс и обеспечить возможность для формирования близких и безопасных отношений, регуляции эмоциональных состояний и обучения, то есть для сохранения психического здоровья [2], являются факторы окружающей среды, к ним относятся люди, которые *обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми* [3]. Прежде всего это члены семьи и близкие родственники, в отношении детей, родившихся до срока, чаще всего это их матери. Вместе с тем, у матерей недоношенных детей отмечаются выраженные особенности их эмоционального статуса по сравнению с матерями доношенных младенцев [4]. При этом есть обоснованные предположения о том, что недоношенные дети более чувствительны к психическому состоянию своих матерей [5]. В отношении эмоциональных характеристик и их динамики у матерей детей первого года жизни, родившихся до срока и имеющих выраженные

структурные внутричерепные изменения, имеется явный недостаток научных данных, определяющий научную актуальность данной работы, имеющей также практическую значимость для составления научно-обоснованной программы ранней помощи.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий (Детской городской больницы №1) г. Санкт-Петербурга. Были изучены истории болезней, архивные сведения и операционные протоколы 258 недоношенных детей с диагнозом ВЖК, в лонгитюдное исследование были включены 77 преждевременно родившихся детей с диагностированным внутрижелудочковым кровоизлиянием (ВЖК) в боковые желудочки головного мозга разной степени тяжести и их матери. Проведён анализ эмоционального состояния матерей недоношенных младенцев на различных (трех) этапах обследования, два из которых проводились в госпитальных условиях, первый в ОРИТ или же в отделении патологии новорожденных сразу после перевода ребенка на отделение, второй — при достижении ребенком скорректированного возраста 3 месяца, третий — в домашней среде при достижении ребенком 12 скорректированных месяцев. Для оценки состояния матери, находящейся вместе с ребенком на отделении интенсивной терапии, в отделении реанимации использовалась *Шкала родительского стресса* (Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit, PSSNICU; Miles, 1987), а также *Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера* (Spilberger, 1968; Ханин, 1983). На более поздних этапах выхаживания ребенка, кроме нее, использовались *Шкала депрессии Бека* (BDI – II, Beck, 1988), *Опросник для взрослых 18–59 лет Томаса Ахенбаха* (Achenbach&Rescorla, 2003).

Результаты и их обсуждение. У матерей на этапе пребывания их детей в ОРИТ выявлены высокие уровни тревожности и депрессии вне зависимости от степени выраженности структурных внутричерепных изменений у младенцев, рожденных до срока. Согласно PSSNICU наибольший стресс 89,2% респондентов-матерей испытывают от того, что им приходится находиться отдельно от ребенка (21,5-32,3-35,4% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно), а также от того, что им кажется, что их ребенок испытывает боль (15,4-24,6-49,2% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно). На втором месте – в 87,8% случаев в качестве источника стресса называется чувство беспомощности от того, что матери не могут защитить ребенка от переживаемой боли и болезненных процедур (6,2-18,5-63,1% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно). При этом необходимо отметить, что на современном уровне оказания неонатальной помощи оказывается особое внимание предупреждению болевого синдрома у детей, рожденных до срока. На третьем месте – в 87,7% - переживание чувства беспомощности от того, что матери не знают, как помочь своему ребенку в этот период его жизни (9,2-18,5-

60,0% - уровень стресса средний, сильный и очень сильный соответственно). На последующих госпитальных этапах и этапе амбулаторной помощи наблюдается снижение показателя депрессии при сохранении показателей на достаточно высоком уровне от 1 ко 2 этапу (с 33.4 ± 1.23 до 28.6 ± 1.25 , $p = 0.008$; здесь и далее в абзаце представлены групповые значения $M \pm SE$) и от 1 к 3 этапу (с 33.4 ± 1.23 до 29.8 ± 1.29 , $p = 0.045$) в целом для всех матерей вне зависимости от их принадлежности к группе или от пола их детей.

Выводы:

1. Необходимо совершенствование ранней помощи детям, родившимся до срока и имеющих структурные внутричерепные изменения, и членам их семей.
2. Психосоциальные и средовые факторы ребенка связаны с эмоциональным состоянием его матери, поэтому необходимо дальнейшее развитие психологической помощи женщинам, родившим до срока.
3. Наибольший уровень стресса и депрессивных переживаний наблюдается у матерей детей, родившихся недоношенными, на этапе их нахождения на ОРИТ.
4. Для улучшения психологического состояния матерей детей, родившихся до срока и имеющих структурные внутричерепные изменения, на ОРИТ важно привлечение их к уходу за младенцами, обеспечение совместного пребывания, а также частые беседы с персоналом, разъясняющим безболезненность переносимых их детьми медицинских манипуляций.

Литература

1. Крюков Е.Ю., Иова А.С., Андрущенко Н.В., Крюкова, И.А., Усенко И.Н. Персонализация лечения постгеморрагической гидроцефалии у новорожденных. Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2017; 53(3): 58-62.
2. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 456 с.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 342 с.
4. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю., Иова А.С., Аринцина И.А., Аникина В.О., Потешкина О.В., Солодунова М.А., Черного Д.И. Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119 (5):148-153.
5. Bugental D. B., Beaulieu D., Schwartz A. Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effects of maternal depression.//[Infant Behav. Dev.](#) - 2008.-31(1). - P.51-61.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 5 ЛЕТ (ДК:0-5):
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Аникина В.О.¹, Артамонова А.Ю.^{2,3,4}, Шабалина Е.В.^{1,2,3}

¹СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

v.anikina@spbu.ru

e.shabalina@spbu.ru

²АНО «Открывая двери», Санкт-Петербург, Россия

³ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас», Санкт-Петербург, Россия

cpz@caritas-edu.ru

art_anna@caritas-edu.ru

⁴ГБДОУ №41, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: дети, младенческий и ранний возраст, психическое здоровье, нарушения психического развития, диагностическая классификация.

**DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL
DISORDERS OF INFANCY AND EARLY CHILDHOOD (DC:0-5TM): BASIC PRINCIPLES**

Anikina V.O.¹, Artamonova A.Y.^{2,3,4}, Shabalina E.V.^{1,2,3}

¹SPbSU, St. Petersburg, Russia

v.anikina@spbu.ru

e.shabalina@spbu.ru

²ANO «Opening doors», St. Petersburg, Russia

cpz@caritas-edu.ru

art_anna@caritas-edu.ru

³NGO «Caritas educational center for social services», St. Petersburg, Russia

⁴Early intervention service of Kindergarten №41, St. Petersburg, Russia

Keywords: children, infancy and early childhood, mental health, developmental disorders, diagnostic classification.

Введение. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до пяти лет – ДК: 0-5 (DC: 0-5TM) является признанной в мировом сообществе, как среди ученых, так и практиков, нозологией и инструментом клинической оценки психического здоровья и развития детей младенческого и раннего

возраста [1, 8]. Основные ее принципы исходят из представлений о психическом здоровье маленьких детей как о способности переживать, регулировать и выражать эмоции, находясь в близких и безопасных отношениях, а также способности исследовать окружение и обучаться [6]. При этом важное значение придается различным уровням контекста, в котором происходит развитие ребенка: семейному окружению, сообществу и культуральным аспектам [7]. Диагностическая классификация 0-5 создана с целью помочь профессионалам выделить особенности развития и психического здоровья ребенка с учетом существующих в его жизни психосоциальных стрессоров, состояния физического здоровья, качества отношений с близкими взрослыми и особенностей функционирования семейной системы, а также систематизировать полученную о ребенке информацию. Кроме того, данная классификация предлагает единый язык для коммуникации и обмена опытом между специалистами, работающими с маленькими детьми в системе здравоохранения, образования, социальной и правовой сферах. Классификация может использоваться в практической и исследовательской работе для описания случаев и разработки программ ранней помощи детям и их семьям.

История создания. В 1987 году междисциплинарная рабочая группа, собранная организацией ZERO TO THREE, начала работу над созданием первой версии DC:0-3. В группу вошли специалисты в области детского психического здоровья, клинической психологии, а также создатели методов оценки развития детей младенческого и раннего возраста. Материалы их работы были опубликованы в 1994 году. DC:0-3 стала важным дополнением к уже действовавшим на тот момент МКБ-10 и DSM-IV и отвечала потребности профессионального сообщества в систематизации проблем психического здоровья и развития детей первых лет жизни. Была описана специфика нарушений психического здоровья у маленьких детей, выделены новые диагностические категории, а многоосевая структура классификации позволяла учитывать факторы, влияющие на формирование адаптивных и дезадаптивных паттернов развития.

В 2002 году в связи с накопившимися данными научных исследований был начат пересмотр классификации, и уже в 2005 г. Появилась новая версия – DC:0-3R. Помимо интеграции новых данных, в данном издании допускалось наличие дополнительных диагнозов, но многоосевой подход был сохранен. Последняя версия классификации DC:0-5™ была опубликована в 2016 году. Причинами пересмотра стали не только новые исследовательские данные, но и понимание необходимости расширения возрастных границ описываемых нарушений психического развития, а также уточнения диагностических критериев для увеличения степени согласованности мнений различных экспертов. Кроме того, в США вошла в практику классификация DSM-5. В состав группы разработчиков вошли Чарльз Зина, Стенли Гринспан, Алисия Либерманн, Роберт Эмде, Розанна Кларк, Джой

Ософски и другие известные специалисты в области психического здоровья детей младенческого и раннего возраста.

Основные положения и особенности DC:0–5. В основу классификации лег системный подход к выделению и описанию природы нарушений ребенка. В его основе лежит признание необходимости комплексной оценки симптомов ребенка и разных областей контекста, в котором он развивается (отношений, медицинских диагнозов и состояния, психосоциальных стрессоров, соответствие развития в разных областях возрастным нормам). Одно из центральных положений классификации заключается в том, что расстройство не всегда присуще отдельному индивиду (маленькому ребенку), оно может возникать в отношениях. Для оценки уровня адаптации ребенка в отношениях с близким взрослым и с расширенным социальным окружением в классификации предложена соответствующая ось. Кроме того, в перечень нозологий вошло специфическое расстройство отношений в младенческом и раннем возрасте, подразумевающее развитие и проявление симптомов расстройства в контексте отношений с определенным взрослым.

В разных культурах (семьи, сообщества, этноса и пр.) одни и те же симптомы ребенка могут восприниматься по-разному, в связи с чем в диагностическом процессе особое внимание уделяется культуральной специфике семьи, учитываются традиции, убеждения и практики, в соответствии с которыми родители формируют ожидания относительно развития и поведения ребенка. Также в классификации подчеркивается роль раннего выявления расстройств для оказания эффективной помощи, и предлагаются новые нозологические единицы, соответствующие неполному набору симптомов уже известных расстройств. Например, описано Раннее атипичное расстройство аутистического спектра, которое позволяет начать сопровождение ребенка и его семьи до наступления трех лет.

DC:0-5™ сохраняет преемственность клинических традиций и учитывает данные международных классификаций DSM-5 и МКБ-10. Она не призвана конкурировать с ними, но существенно дополняет их, фокусируясь на возрасте от рождения до 6 лет. Для удобства использования и соотнесения диагностических категорий их описание включает перекрестные ссылки на аналогичные диагнозы в DSM-5 и МКБ-10. Важной особенностью DC:0-5™ в оценке является использование подхода, учитывающего этапы развития ребенка от рождения до 5 лет – «developmental approach». Применение его принципов отражено в проведении оценки навыков ребенка и его функционирования в контексте близких отношений с учетом соответствующего возрасту ребенка этапа развития. Разработчики подчеркивают уникальность подхода и его отличия от традиционной дефицитарной модели, в которой результаты оценки представляются в терминах дефицитов развития отдельно для каждой области, при этом не уделяется должного внимания критически важным сферам, касающимся

взаимодействия и отношений ребенка и его социально-эмоционального функционирования [5].

Классификация состоит из 5 осей (I – Клинические расстройства; II – Контекст отношений; III – Условия и факторы физического здоровья; IV – Психосоциальные и средовые стресс-факторы; V – Компетенции ребенка). Многоосевая структура позволяет фокусировать внимание специалиста на факторах, которые могут влиять на возникновение или развитие тех или иных нарушений психического развития и психического здоровья ребенка, определять адаптивные стороны и проблемные области функционирования, где может понадобиться вмешательство. Отдельным преимуществом ДК: 0-5 являются вынесенные в Приложения таблицы, которые могут стать ориентиром для специалистов в оценке областей развития ребенка, контекста его жизни.

Перевод DC:0–5. На сегодняшний день DC:0–5™ переведена на 11 языков (китайский, датский, французский, немецкий, иврит, венгерский, итальянский, иврит, португальский, испанский, турецкий, русский), продолжается перевод еще на 3 языка (японский, польский, южно-корейский). До последнего времени в РФ отсутствовал официальный перевод классификации, что затрудняло ее применение в научных исследованиях и в клинической практике. Вместе с тем интерес к классификации в российских научных кругах появился с момента выхода первой версии классификации DC:0-3. За последние двадцатилетие научной группой Центра психического здоровья РАМН под руководством Г.В. Скобло был опубликован ряд статей, посвященных различным аспектам применения классификации в клинической практике [2, 3, 4]. Перевод последней, переработанной версии DC: 0-5 был выполнен в 2022 году в рамках международного гранта «Ранняя помощь и психическое здоровье» ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас» [1]. Работа по переводу выполнялась группой переводчиков под научной редакцией В.О. Аникиной, к.п.н., доцента кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей СПбГУ.

Заключение. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до пяти лет – это научно-обоснованная нозологическая система, которая раскрывает специфику проблем психического здоровья у маленьких детей, рассматривая развитие детей в системе отношений с близкими взрослыми. Появление издания на русском языке представляется нам чрезвычайно важным событием, поскольку мы убеждены, что классификация ДК: 0-5 расширит возможности для диагностики и сотрудничества специалистов в области психического здоровья детей, а также позволит повысить эффективность ранней помощи для детей, имеющих особые потребности и детей из групп риска и их семей.

Литература

1. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 456 с.
2. Скобло Г. В., Белянчикова М. А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (второе сообщение) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – Т. 3. – №. 1. – С. 95-97.
3. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC:0-5). - Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2021. - Т. 21. № 2. - С. 113-125.
4. Трушкина С. В., Скобло Г.В. О международной классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве «DC:0-5» / Психическое здоровье семьи в современном мире. Томск, 2019 - С. 260-264.
5. Greenspan, S., Wieder, S. Developmentally Based Approach to the Evaluation Process, California Institute for Behavioral Health Solutions. – 2008.
6. Handbook of Infant Mental Health. Third Edition/ Ed. Charles H. Zeanah. 2009.
7. Zero to Three. Definition of infant mental health. Washington, DC: Zero to Three Infant Mental Health Steering Committee. 2001.
8. Zero to Three. *DC:0-5™ Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood*. Washington, DC: Zero to Three. 2016.

ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОДДЕРЖАННЫХ ГРАНТАМИ РФФИ

Аникина В.О.¹, Савеньшева С.С.¹, Блох М.Е.^{1,2}

¹ СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

v.anikina@spbu.ru

owlsveta@mail.ru

² ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта»,

blohme@list.ru

Ключевые слова: пренатальные и постнатальные факторы, беременность, младенческий и ранний возраст, психическое здоровье, пандемия, экстракорпоральное оплодотворение.

PRE- AND POSTNATAL FACTORS OF CHILD MENTAL HEALTH: RESULTS OF RESEARCH STUDIES SUPPORTED BY RUSSIAN FOUNDATION FOR BASIC RESEARCH

Anikina V.O.¹, Savenysheva S.S.¹, Blokh M.E.^{1,2}

¹ SPbSU, St. Petersburg, Russia

v.anikina@spbu.ru

owlsveta@mail.ru

² Dr D.O. Ott RI of OGR, St. Petersburg, Russia

blohme@list.ru

Keywords: prenatal and postnatal factors, pregnancy, infancy and early childhood, mental health, pandemic, in-vitro fertilization.

Введение. Эмоциональное состояние женщины во время беременности может сказываться на протекании беременности (угроза прерывания, нарушения плацентарного кровотока, преэклампсия, восприимчивость к инфекционным заболеваниям) и характере родов (преждевременные роды, низкий вес при рождении), на темпераментных особенностях и эмоциональном состоянии ребенка [11, 12], психомоторном и когнитивном развитии ребенка [8, 13]; на возникновении эмоциональных и поведенческих проблем у детей в раннем и дошкольном возрасте [7, 9], на особенностях взаимодействия матерей и детей раннего возраста [12]. В связи с ростом вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) научный и практический интерес вызывает категория беременных женщин, зачавших с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Часть исследователей обращает внимание на то, что предшествующее длительное бесплодие и его лечение приводят к стрессу и тревоге у женщин в период беременности, что может сказываться на эмоциональном состоянии женщины во время беременности и после рождения ребенка. Есть данные, однако, свидетельствующие об отсутствии различий в состояниях тревоги, депрессии стресса у женщин с ВРТ по сравнению с женщинами с естественной беременностью. В качестве факторов риска выделяют количество попыток ЭКО – 3 и более, а также наличие нарушений психического здоровья женщины до наступления беременности [1]. Данные исследований показывают, что женщины с ЭКО с длительным опытом бесплодия обладают некоторыми специфическими чертами: характеризуются тревожностью, импульсивностью, гипертимностью, у них чаще проявляется тревожное отношение к беременности и ребенку, эйфорическое отношение к родам, при этом они более склонны игнорировать свою беременность и ребенка, им может быть свойственна «сверхценность» материнства, после рождения эти женщины часто излишне опекают своих детей [2,3,5]. Все это является фактором риска снижения качества их взаимодействия с младенцем [6], что, в свою очередь, может сказываться на физическом и психическом здоровье ребенка. Современные зарубежные исследования эмоционального состояния беременных женщин в период пандемии показали, что они испытывают более высокий уровень тревоги, депрессии и посттравматического расстройства [4]. Также исследования демонстрируют, что и после рождения ребенка показатели эмоционального состояния женщин хуже, чем в допандемийный период [10].

Материалы и методы. Было проведено лонгитюдное исследование в 3 этапа в рамках двух проектов, поддержанных РФФИ. Это проект по изучению женщин, использовавших ЭКО, и проект по изучению влияния пандемии во время беременности, после рождения

ребенка и на психическое развитие их детей: 1 этап: во время беременности, 2 этап – в течение месяца после рождения ребенка (телефонное интервью), 3 этап – через 4-6 месяцев после родов. В проекте с участием женщин с ЭКО проведено обследование 382 человек. На 1 этапе приняли участие 58 женщин группы ЭКО (34,3±4,6 лет) и 133 женщины контрольной группы, зачавшие естественным путем (ЕСБ, 30,9±4,6 лет), из них планируемая беременность у 88% (110 женщин) группы ЕСБ. Большинство женщин обеих групп находятся в браке, проживают с супругом, имеют высшее образование. Во 2 этапе приняли участие 36 женщин группы ЭКО и 84 группы ЕСБ; в 3 этапе - 26 женщин группы ЭКО и 46 женщин группы ЕСБ. В проекте по влиянию пандемии на 1 этапе исследования (май 2020 - январь 2022 года) приняло участие 360 беременных женщин, на 2 этапе из них - 120 женщин, на 3 этапе – 98 диад мать-младенец. Исследования проводились по 18 методам, направленным на оценку психического здоровья, отношения к ребенку, влияния стресса, выявление признаков ПТСР, тревоги; собирались данные медицинского анамнеза женщины и ребенка; проводилась видеозапись и экспертная оценка их взаимодействия.

Результаты и их обсуждение. В рамках исследования, посвященного изучению женщин с ЭКО, получены данные, свидетельствующие, что женщины с ЭКО имеют более отягощенный гинеколога-акушерский анамнез: у них наблюдается большее количество замерших беременностей и общего количества перинатальных потерь; у них чаще происходили преждевременные роды и применялась операция кесарева сечения, включая экстренное КС. Во время беременности женщины с ЭКО выше оценивают свою готовность к материнству и при этом реже посещают курсы подготовки к родам, при подготовке предпочитают дистанционный формат. В их представлениях о беременности чаще доминирует эйфорический компонент по поводу самой беременности, а не по поводу ребенка. В этой группе чаще присутствуют связи показателей психического здоровья и идеальных представлений о ребенке, в то время как для группы женщин с естественной беременностью характерны связи показателей психического здоровья и оценок ребенка как реального. В группе ЭКО после рождения ребенка реже используется грудное вскармливание, происходит увеличение числа связей между общим количеством перинатальных потерь и показателями нарушений психического здоровья, в группе ЕСБ таких связей нет после рождения ребенка. Выявлена разнонаправленность динамики изменений представлений о ребенке и показателей психического здоровья в изучаемых группах, где в группе ЭКО после рождения ребенка происходит усиление проблем психического здоровья в сравнении с этими же показателями в беременности, а в группе ЕСБ - уменьшение. При этом, предикторами нарушений психического здоровья женщины после рождения ребенка в группе ЭКО являются сочетания различных показателей психического здоровья, представлений о ребенке и отношения к нему,

данных акушерско-гинекологического анамнеза, в то время как в группе ЕСБ проблемы психического здоровья во время беременности являются предикторами проблем после рождения ребенка. Также исследование показало, что женщины, использовавшие 4 и более попыток ЭКО, имеют больше проблем физического и психического здоровья, более низкие значения привязанности (как пренатальной, так и постнатальной) к ребенку. Не выявлено в изучаемых группах значимых различий в показателях физического здоровья ребенка, как сразу после рождения, так и в первые полгода его жизни, а также в параметрах психического развития, измеренного при помощи опросника для родителей. Тем не менее, экспертная оценка взаимодействия в диаде выявила, что дети из группы ЭКО чаще показывают признаки переутомления или истощения, у них более частые проявления признаков апатии и депрессии, трудности в выражении положительных эмоций, они более пассивны в целом; есть различия в состоянии и уровне активности мамы и ребенка.

В рамках проекта, направленного на изучение влияния пандемии, были получены следующие данные. На первом и на третьем этапе была выявлена высокая частота расстройств депрессии в сочетании с расстройством по типу избегания. Причем наблюдается увеличение эмоциональных проблем от 1-й ко 2-й волне пандемии коронавируса, и снижение от 1 ко 2-го году пандемии. Динамика эмоционального состояния и отношения к ребенку у женщин до/после родов характеризуется значимым снижением уровня ПТСР, депрессивного и соматического расстройств и расстройства по типу избегания, а также увеличением уровня привязанности к ребенку. Исследование показало, что большинство женщин родили в срок, количество кесаревых сечений, состояние новорожденных и психическое развитие младенцев в целом соответствуют допандемийным показателями. На психическое развитие младенца оказывают влияние не эмоциональные факторы, а факторы отношения к ребенку до и после его рождения.

Заключение. Преждевременные роды, большее число кесарева сечения, более низкий уровень готовности женщин группы ЭКО к рождению ребенка могут являться фактором риска его физического и психического развития. Более того, более выраженное эйфорическое отношение к беременности в группе ЭКО свидетельствует о сдвиге мотива на цель (беременность, а не ребенок), а более сильная связь показателей соматического и психического здоровья женщин после рождения ребенка в этой группе может усложнять процесс адаптации женщины к реальному материнству. Это проявляется и в характеристиках взаимодействия женщин из группы ЭКО со своим ребенком в первый год жизни. И хотя не обнаружены значимые различия в состоянии физического здоровья и психического развития детей, экспертная оценка взаимодействия, а также специфические черты отношения к ребенку и психического здоровья женщин с ЭКО могут свидетельствовать об отсроченном влиянии их

состояния во время беременности и в первый год жизни ребенка на его дальнейшее психическое и физическое благополучие.

Получены данные о том, что пандемия способствовала усилению депрессивных переживаний и избегания, особенно во 2 волну, однако после рождения ребенка наблюдается снижение признаков нарушений психического здоровья и увеличения привязанности к нему, а предикторами психического развития ребенка является не эмоциональное состояние матери, а отношение к нему как до, так и после его рождения. Данные двух проектов представляют научную новизну и уникальность, будут полезны в практической работе психологов, репродуктологов, неонатологов, иных перинатальных специалистов.

Литература

1. Аникина В.О., Блох М.Ю., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований. // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №6.
2. Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д., Филькина О.М., Малышкина А.И. Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения. // Клиническая специальная психология. 2016. Том 5, номер 3, с. 69-77.
3. Маленова А. Ю., Кыткова И. Г. Отношение женщин в ситуации ЭКО к беременности, ребенку, материнству // Педиатр. – 2015. – Т. 6. – №. 4. – С. 97-104.
4. Савенышева С.С., Аникина В.О., Блох М.Е. Психическое здоровье и отношение к беременности и ребенку у беременных женщин в период пандемии коронавируса COVID-19. Проблемы современного педагогического образования. 2021. № 72-1. С. 398-401.
5. Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г., Барская Е.С. Особенности психоэмоционального состояния женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Доктор.Ру. 2018. № 10 (154). С. 62–67. DOI: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-62-67
6. Соловьева Е. В. Особенности взаимодействия матерей с детьми раннего возраста, зачатыми посредством экстракорпорального оплодотворения // Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – №. 2 (46).
7. Barker, E.D., Jaffee, S.R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety*, 28 (8), 696-702. DOI: 10.1002/da.20856
8. Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T., Modi, N., & Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 46(11), 1454-1463. DOI: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814a62f6>
9. Brunton, P.J. (2013). Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. *Reproduction*, 146 (5), 175–189. DOI: 10.1530/REP-13-0258
10. Ceulemans M., Hompes T., Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020. Vol. 151, no. 1, pp. 146—147. DOI:10.1002/ijgo.13295
11. Davis, E.P., Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chicx-Demet, A., & Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 46, 737–746. DOI: 10.1097/chi.0b013e318047b775.
12. Henrichs, J., Schenk, J.J., Schmidt, H.G., Velders, F.P., Hofman, A., Jaddoe, V.W.V., & Tiemeier, H. (2009). Maternal pre- and postnatal anxiety and infant temperament. The generation R study. *Infant and child development*, 18(6), 556-572. <https://doi.org/10.1002/icd.639>
13. Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *The journal of child psychology and psychiatry*, 44, 1025–36. doi: 10.1111/1469-7610.00166.
14. Nicole-Harper, R., Harvey, A.G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant behavior and development*, 30 (1), 161-167. DOI: 10.1016/j.infbeh.2006.08.005

ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДК:0-5 – ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СЛУЧАЯКравченко А.П.^{1,2,4}, Аринцина И.А.^{1,3,4}, Насретдинова Ш.Ф.^{1,4}¹ АНО «Открывая двери», Санкт-Петербург, Россия² СРП «Центр интегративного воспитания» ДОУ 41, Санкт-Петербург, Россия³ ФГБОУ ВО «СПбГУ», Санкт-Петербург, Россия⁴ ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас», Санкт-Петербург, Россияmail@caritas-edu.ruCPZ@caritas-edu.ru

Ключевые слова: психическое здоровье детей, раннее вмешательство, диагностическая классификация, консультирование детей и родителей.

EXAMPLE OF USING DC:0-5™ - CASE PRESENTATIONKravchenko A.P.^{1,2,4}, Arincina I.A.^{1,3,4}, Nasretdinova Sh.F.^{1,4}¹ ANO «Opening Doors», St. Petersburg, Russia² EIS «Center for integrative education» CI No.41, St. Petersburg, Russia³ FSBI HE «SPbSU», St. Petersburg, Russia⁴ PEI APE «Social School Caritas», St. Petersburg, Russiamail@caritas-edu.ruCPZ@caritas-edu.ru

Keywords: mental health of children, early intervention, diagnostic classification, children and parents counseling.

Введение. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет ДК:0-5 (DC:0-5™) является признанной международным научным сообществом, современной и научно обоснованной. Данная последняя версия классификации явилась плодом многолетних разработок и усовершенствований большой команды специалистов, занимающихся вопросами психического здоровья и развития маленьких детей в их семейном окружении [3, 4]. Она описывает структуру постановки диагноза, основанного на многомерном анализе развития, отношений и особенностей жизни ребенка в разных контекстах. Анализ и оценка строятся на основании так называемых Осей (I-V), где Ось I посвящена клиническим расстройствам, а остальные – контексту, в котором особенности расстройства проявляются [1]. В зарубежной

практике накоплен многолетний опыт работы служб ранней помощи с использованием этой классификации, зарекомендовавшей себя как надежный и удобный инструмент анализа параметров развития ребенка, который помогает структурировать получаемую информацию о ребенке и контексте его развития [5]. Особенно важным представляется подробный анализ контекста отношений ребенка и близких взрослых. Перевод классификации на русский язык был осуществлен в России впервые в 2022 году группой специалистов [3]. Целью перевода было ознакомление широкого круга специалистов РФ с подходом к диагностике нарушений развития у детей младенческого и раннего возраста с позиции психического здоровья, под которым понимается состояние, при котором ребенок развивает способность формировать близкие и безопасные отношения, испытывать, выражать и регулировать эмоции, исследовать окружение и учиться [5]. Целью настоящего сообщения является представление случая диагностики проблем развития ребенка раннего возраста с использованием ДК:0-5. Таким образом, объектом нашего наблюдения выступает психическое здоровье; предметом – психическое здоровье ребенка раннего возраста в контексте его ближайшего окружения.

В работе соблюдается предлагаемый авторами классификации алгоритм структурирования получаемой информации в следующей последовательности: первоначально были отмечены культуральные аспекты семьи, затем условия и факторы физического здоровья ребенка (Ось III), психосоциальные стрессоры в жизни ребенка и семьи (Ось IV), компетенции ребенка (Ось V), контекст отношений ребенка и близкого взрослого (Ось II), последним этапом были рассмотрены имеющиеся клинические расстройства (Ось I).

Описание случая и обсуждение. Случай представлен в данной публикации с согласия родителя и с учетом конфиденциальности. *История семьи.* В службу ранней помощи обратилась мама с мальчиком 2,5 лет по рекомендации невролога в связи с особенностями его развития и поведения: он почти не говорил, не пользовался горшком, не кушал сам, совершал «ритуальные действия» и заставлял взрослых их совершать. Если взрослые отказывались, у ребенка случались истерики (кричал, плакал, падал на землю), его было трудно успокоить. Мама беспокоилась, что у ребенка может быть расстройство аутистического спектра. Первые 3 месяца с парой мать-ребенок работали два психолога в одном пространстве игровой комнаты. В процессе работы появился запрос мамы на индивидуальную работу с психологом, и через 3 месяца работа стала проводиться параллельно для ребенка с его психологом и для мамы в то же время в другом кабинете с другим психологом.

Культуральные аспекты семьи. Мать и отец ребенка русские. Возраст матери 40 лет, возраст отца 33 года. Образование матери – высшее, отца – среднее специальное. Мама родилась и всю жизнь проживает в г. Санкт-Петербурге. Ее отец был поляком, мама – русская. Родители мамы развелись, когда ей было 3 года, причиной развода называлась алкогольная

зависимость отца. С 13 лет в связи с повторным замужеством матери мама проживала с бабушкой и дядей. Дядя имел алкогольную зависимость и судимость, у него подозревалось психическое заболевание. Мама его очень боялась, она считает это травматическим событием в своей жизни. Также она была привлечена к заботе о втором муже матери, который длительное время (12 лет) болел онкологическим заболеванием. С отцом женщина поддерживала отношения уже во взрослом возрасте, он умер в 47 лет, оставив ей квартиру, в которой сейчас она и проживает со своей семьей. За помощью мама обращается к специалистам (врачам, психологам, педагогам), а также к разным религиозным практикам. Первыми о нарушениях в развитии ребенка стали говорить врачи и воспитатели детского сада. Отец ребенка переехал в г. Санкт-Петербург из небольшого провинциального города, художник по профессии. Мама считает его талантливым и отмечает, что у него много заказов. Говорит о его зависимости от алкоголя, частых выпивках с друзьями и творческих тусовках, которые могут продолжаться по ночам. Отец участвует в воспитании ребенка, у него есть выделенное время для совместных прогулок и игр. Он ухаживал за ребенком, когда мама была госпитализирована на несколько дней. Также в воспитании ребенка участвует бабушка со стороны мамы. Можно говорить о том, что культуральные особенности семьи выражаются не в этнических различиях, а в различных условиях проживания, нормах и правилах бытовой жизни, способах воспитания в их родительских семьях, что с трудом преодолевают родители ребенка, поэтому эти различия являются зоной конфликтов в семье.

Условия и факторы физического здоровья ребенка (Ось III). На момент рождения ребенка матери было 37 лет. Беременность была долгожданной, но не запланированной, протекала без особенностей, роды наступили в срок, стремительные; ребенок был оценен по шкале Апгар в 8/9 баллов и имел вес 3800 гр. На УЗИ головного мозга после рождения визуализировались признаки гипоксии. На первом году жизни мальчик наблюдался неврологом с диагнозом перинатальная энцефалопатия, отмечался повышенный мышечный тонус, синдром двигательных нарушений. Тем не менее, моторное развитие соответствовало возрасту. Соматических проблем не отмечалось. Грудное вскармливание продолжалось до 2 лет 6 месяцев. Можно говорить о том, что имели место некоторые перинатальные риски физического здоровья ребенка. Несмотря на высокую оценку новорожденного по шкале Апгар, сразу после рождения отмечались УЗИ-признаки гипоксии головного мозга, а в дальнейшем некоторые неврологические нарушения.

Психосоциальные стрессоры в жизни ребенка и семьи (Ось IV). К психосоциальным стрессорам в жизни ребенка и семьи можно отнести конфликтные ситуации между матерью и отцом, которые в ряде случаев сопровождались физическим насилием родителей в отношении друг друга (домашнее насилие), однако мама говорит о том, что ребенок не присутствовал при

таких сценах. Нет физического насилия в отношении ребенка. Разногласие между родителями однажды закончилось их отдельным проживанием в течение одного месяца, отец «был выдворен из квартиры с помощью полиции». В состоянии алкогольного опьянения отец может нарушать привычное течение жизни семьи, создавая непредсказуемость семейной ситуации, что провоцирует конфликты. Можно говорить о том, что мама имеет свой травматический опыт (травму привязанности) в родительской семье, у нее сложные отношения с матерью, а также есть болезненный опыт разрыва отношений с другими партнерами. Структура семьи производит впечатление неустойчивой, мама задается вопросом о разводе, при этом отец угрожает ей тем, что заберет ребенка. Важным фактором, удерживающим мать от разрыва отношений, является наличие ребенка и ее убежденность, что ребенок должен жить в полной семье. Имеются разногласия в отношении воспитания ребенка между мамой и бабушкой (со стороны мамы), которая критикует маму, это создает сложности в использовании бабушкиной помощи. Несмотря на профессиональную успешность отца, нельзя сказать о стабильности его дохода и финансового положения семьи. Мама имеет свой заработок. В жизни семьи и ребенка можно констатировать нестабильность семейного окружения, связанную как с образом жизни и алкогольной зависимостью отца, регулярными конфликтами между матерью и отцом, которые иногда сопровождаются взаимным физическим насилием, так и с трудностями установления предсказуемых, чувствительных и отзывчивых отношений матери с ребенком.

Компетенции ребенка (Ось V). Данная ось позволяет описать, какие компетенции освоены ребенком в эмоциональной, когнитивной, двигательной и физической сферах развития, а также в сфере социальных отношений и речевой коммуникации [3]. Данная оценка была проведена с помощью шкалы RCDI (Child Development Inventory), наблюдения в кабинете психолога, интервью родителя, а также видеонаблюдения. У мальчика было выявлено значительное отставание в эмоциональной, речевой, коммуникативной сферах, а также сфере социальных отношений. Он не выражал весь спектр эмоций, при этом часто выражал тревогу и гнев в поведении (истерики, крик, падения на пол), если ударялся – не обращался за помощью. На первых встречах не обращался к маме, мог принести ей игрушку и быстро отойти. Иногда обращался к психологам, мог показать игрушку, попытаться ее назвать (самолет – «аао», бульдозер – «буооо»), смотреть на специалиста, ждать, когда он повторит слово. Сначала не задерживался на одной игре, например, переходил от машинок к гаражу, затем к игрушке с выскакивающими животными, поднимался на горку, снова шел к гаражу. Его увлекали разрезные деревянные фрукты. Когда что-то не получалось, мог обратиться за помощью к психологу, например, просил открыть чемоданчик доктора: «ааи» (помоги). Также прыгая несколько раз на кресло-подушку, смотрел на психолога, улыбался ему, ждал ответной реакции. Со слов мамы мальчик «легко вступает в контакт с незнакомыми

взрослыми, ему нравится контактировать с детьми, чье поведение отличается от нормального, но привязанности к сверстникам не проявляет». У мальчика уже был опыт посещения дошкольного учреждения в течение 6 месяцев.

Контекст отношений ребенка и близкого взрослого (Ось II). Можно отметить следующие особенности близкого взрослого, влияющие на отношения с ребенком. Мама способна обеспечить физическую безопасность ребенку, удовлетворяет его потребности в питании, гигиене, одежде, жилищных условиях и медицинском обслуживании. Она отмечает трудности в поддержании режима дня. Маме сложно распознавать эмоциональные потребности и сигналы ребенка, реагировать на них соответствующим возрасту и потребностям ребенка образом и, как следствие, обеспечивать психологическую поддержку для сына. Она чувствует себя беспомощной в ситуациях, когда мальчик нарушает правила, гневается или сильно злится; ей сложно устанавливать ему границы, ориентируясь на возраст ребенка. Иногда мама может описывать сына, как ребенка более младшего возраста или, наоборот, как взрослого мужчину. Женщина испытывает значительные трудности в том, чтобы справляться со своими амбивалентными чувствами, возникающими в отношениях с ребенком. При этом мама проявляет интерес к личным переживаниям и точке зрения ребенка. Она может наблюдать совместно со специалистом за динамикой развития способностей сына, связывать свой опыт и эмоциональное состояние с тем, что происходит с ребенком. Мама описывает следующие особенности ребенка, которые могут влиять на ее отношения с ним. Она характеризует сына как «очень активного, сильного, гневливого ребенка», которого ей бывает сложно успокоить, уложить спать, она сама отмечает, что это мешает их отношениям. По наблюдению специалистов активность ребенка соответствует возрасту. Сильной стороной мальчика являются его когнитивные способности; маме нравится, что он умеет считать, знает буквы, пытается читать, несмотря на значительную задержку речевого развития. Задержка речевого развития вносит важный вклад в сложности их отношений. Внешность сына мама оценивает, как привлекательную, может говорить о том, что он – ее идеал мужчины. Состояние соматического здоровья и сенсорного восприятия ребенка не вызывают беспокойства матери и специалистов что, по-видимому, можно отнести к сильным сторонам мальчика, позитивно влияющим на их отношения. Анализ контекста отношений в паре мать и ребенок позволяет отнести их согласно классификации ДК:0-5 к 3-му уровню адаптивного функционирования, а именно: «от находящихся в зоне риска до нарушенных отношений». Можно говорить о том, что отношения в паре мать-ребенок требуют вмешательства в связи с наличием факторов постоянного дистресса, создающих риск для безопасности ребенка, а также риск возникновения проблем поведения, развития и психического здоровья в будущем. Существующие трудности лежат в большой степени в области эмоциональной коммуникации

и социальной реципрокности, с этим также связаны сложности в эмоциональной регуляции ребенка, проявляющиеся в нарушении выражения им потребности в утешении и защите, а у родителей – в неадекватном реагировании на них. Можно также отметить несоответствие уровня социализации возрасту ребенка, что проявляется в нежелании мальчика участвовать в игре и исследовательской активности, и может быть связано с низкой поддержкой активности ребенка со стороны близкого взрослого. Проявляющиеся в ряде ситуаций адаптивные качества матери и ребенка могут являться основанием для оптимистического взгляда на позитивное развитие их отношений в результате вмешательства несмотря на то, что они непостоянны или недостаточно представлены. В контексте расширенного социального окружения можно отметить участие в воспитании ребенка отца и бабушки. При этом проблемными областями являются распределение родительских ролей, разрешение конфликтов, согласованность поведения между близкими взрослыми ребёнка. Существуют конфликты между родителями, а также разные точки зрения в вопросах воспитания мамы и бабушки. Уровень расстройства отношений указывает на то, что будущее социальное и эмоциональное развитие ребенка находится в области существенного риска для возникновения нарушений. Важным обстоятельством в жизни ребенка является то, что он посещает детский сад, где может получить опыт чувствительных, предсказуемых отношений с другими взрослыми (воспитателями детского сада).

Клинические расстройства (Ось I). По данной оси специалистами были определены: задержка речевого развития (10.6) и специфическое расстройство отношений в младенческом и раннем возрасте (80.1) [3].

Обсуждение. В представленном случае были рассмотрены факторы риска нарушения психического здоровья ребенка раннего возраста с помощью алгоритма, заложенного в классификации ДК:0-5. В процессе проведения такой диагностики было обнаружено, что эти факторы лежат в области культуральных особенностей семьи, в перинатальном периоде развития ребенка, а также в сфере отношений между матерью и ребенком и в контексте расширенного семейного окружения. Были определены сильные и проблемные стороны ребенка и семьи. К проблемным сторонам можно отнести нарушения эмоциональной регуляции (и поведения) и задержку речевого развития ребенка, которые, как мы полагаем, связаны в том числе с расстройством отношений, как в паре мать-ребенок, так и в расширенном семейном окружении (родительской паре). К сильным сторонам мы можем отнести хорошее когнитивное развитие ребенка, большую мотивированность мамы на получение профессиональной комплексной помощи, продиктованную в большой степени ее любовью к ребенку и стремлением к созданию полноценной семьи для него.

Заключение. Опыт применения ДК:0-5 показал, что использование классификации в

работе с ребенком раннего возраста и его семьей помогает структурировать диагностический процесс, который в таком случае является и терапевтическим вмешательством и, в то же время, позволяет размышлять над имеющимися проблемами и планировать дальнейшую психологическую работу с ребенком и семьей.

Литература

1. Скобло Г. В., Трушкина С. В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: расстройства аутистического спектра, конституциональные и резидуально-органические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. 2016. №7. - С. 78-84.
2. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенческом и раннем детстве (DC:0-5) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). №2. С. 113-125.
3. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Отв. ред. Аникина В. О. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 464 с.
4. ZERO TO THREE. (2021). DC:0–5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Version 2.0). Washington, DC: Author. (Original work published 2016).
5. Zeanah, C. H. Jr., Zeanah P. D. Infant Mental Health: The Clinical Science of Early Experience // Handbook of Infant Mental Health, 4th Ed. / Ed. C. H. Zeanah. The Guilford Press, 2019. P. 5-24.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА: ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДК:0-5, РАННЯЯ ПОМОЩЬ

Мухамедрахимов Р.Ж.

ФГБУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Ключевые слова: дети, психическое здоровье, диагностическая классификация, ранняя помощь.

MENTAL HEALTH OF INFANTS AND YOUNG CHILDREN: DETERMINING FACTORS, DC:0-5 DIAGNOSTIC CLASSIFICATION, EARLY INTERVENTION

Muhamedrahimov R.J.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Keywords: children, mental health, diagnostic classification, early intervention.

Введение. Согласно определению, представленному организацией «От нуля до трех» [13], а

также данным научной литературы [12], под психическим здоровьем детей младенческого и раннего возраста понимается состояние, при котором ребенок развивает способность формировать близкие и безопасные отношения, испытывать, выражать и регулировать эмоции, исследовать окружение и учиться. Становление психического здоровья связано с качеством заботы, семейным, культуральным и более широким социальным окружением ребенка, с его социальным и эмоциональным благополучием в контексте взаимодействия и формирования отношений с лицами, осуществляющими уход: биологическими родителями и другими взрослыми в семье, приемными родителями, воспитателями и значимыми взрослыми, которые разделяют основную заботу и уход за ребенком. Качество отношений является, наряду с особенностями физического здоровья, функционирования в различных областях и влияния стрессогенных факторов, важным контекстом формирования психического здоровья ребенка и неотъемлемой составляющей при проведении оценки клинических расстройств [10]. Профессиональное формирование специалистов в области раннего детства в значительной мере связано с вниманием к детерминантам и контексту становления психического здоровья и развития детей. Настоящая работа направлена на краткое представление данных исследования факторов, влияющих на психическое здоровье и развитие детей младенческого и раннего возраста, на описание современной системы диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития ребенка [14] и необходимости ее использования для разработки программы ранней помощи ребенку и семье.

Методы. В работе использованы методы анализа и обобщения данных исследований в области психического здоровья матерей и детей, прежде всего проведенных в последние годы на кафедре психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей СПбГУ, а также анализа многоосевой системы диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития ребенка (ДК:0-5), переведенной на русский язык в рамках проекта «Психическое здоровье и ранняя помощь» ЧОУ ДПО «Социальная школа Каритас» [5].

Результаты и их обсуждение. Данные исследования детей младенческого и раннего возраста свидетельствуют, что их психическое здоровье и развитие находится под влиянием множества факторов, оказывающих на ребенка как парциальное, так и сочетанное влияние [11, 12]. Результаты исследования матерей на этапе пребывания их рожденных до срока младенцев в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии свидетельствуют о проявлении у них высокого уровня тревожности и депрессии вне зависимости от степени выраженности структурных внутрочерепных изменений у детей [13]. Выделено, что такое изменение состояния матери негативно влияет на характеристики взаимодействия в паре мать-ребенок и, в целом, на показатели развития и психического здоровья ребенка [1]. Исследования женщин,

зачавших с помощью экстракорпорального оплодотворения, показали, что они характеризуются тревожностью, импульсивностью, гипертимностью, у них чаще проявляется тревожное отношение к беременности и ребенку. В постнатальный период дети этих матерей, по сравнению с детьми матерей, зачавших естественным путем, чаще показывают признаки переутомления или истощения. В процессе диадного взаимодействия чаще наблюдаются различия в состоянии и уровне активности матери и ребенка, дети чаще проявляют признаки апатии и депрессии, общей пассивности, трудности в выражении положительных эмоций [4, 5]. Результаты этих и многих других исследований свидетельствуют о необходимости для оценки психического здоровья детей младенческого и раннего возраста учета множества пре- и постнатальных факторов, в частности особенностей внутриутробного периода развития ребенка, его физического здоровья, психического здоровья матери, а также взаимодействия и отношений матери и ребенка.

Согласно современной научно и клинически обоснованной многоосевой системе диагностической оценки психического здоровья и развития детей от рождения до 5 лет, нарушения психического здоровья и развития детей, описываемые по оси клинических расстройств (ось I), рассматриваются в контексте влияния комплекса факторов: отношений между родителем (ухаживающим близким взрослым) и ребенком, состояния физического здоровья ребенка, психосоциальных и средовых стрессогенных факторов, уровня компетенций ребенка в основных областях функционирования (оси II-V) [4, 5]. Зарубежный опыт использования системы диагностической классификации ДК:0-5 показал, что она является надежным и эффективным инструментом, учитывающим широкий спектр детерминант развития и позволяющим провести междисциплинарный анализ нарушения психического здоровья и развития ребенка с последующей разработкой программы ранней помощи ребенку и семье [12, 14].

Выход русскоязычного издания диагностической классификации является важным этапом формирования системы ранней помощи и сопровождения детей младенческого и раннего возраста и их семей в Российской Федерации, реализации осуществляемого в рамках Десятилетия детства [8] плана «Организация развития системы ранней помощи в регионах» [2]. Согласно результатам мониторинга, проведенного в 85 субъектах Российской Федерации, количество детей, нуждающихся в ранней помощи, составляет около 6 % от общего числа детей до 3 лет [9]. По данным региональных информационных систем, среди детей, посещающих дошкольные образовательные организации, 7,3% являются детьми с ОВЗ и (или) детьми-инвалидами [6] с, соответственно, высокой вероятностью снижения показателей психического здоровья и развития в раннем возрасте. Число детей и семей, относящихся к целевой группе оказания услуг ранней помощи, может быть намного выше при включении

детей, не входящих в систему дошкольного образования, проживающих в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в социально опасном положении. Количество нуждающихся в ранней помощи гораздо выше, если учитывать детей, испытывающих негативное влияние на психическое здоровье и развитие сочетанного воздействия нескольких факторов риска [11]. Так, значительную стесненность условий проживания испытывают 11,9% российских детей до 3-х лет; отсутствие доступа к улучшенным санитарно-техническим средствам - 22,7%; удовлетворительное состояние здоровья отмечается, по данным опроса родителей, у 14,9% детей до 3-х лет [6]. В связи с большим числом детей и семей, нуждающихся в ранней помощи, обучение Диагностической классификации ДК:0-5 с последующим ее применением для комплексного междисциплинарного многоосевого анализа нарушений психического здоровья и развития у детей, и использования его результатов для разработки программы ранней помощи является актуальной задачей, стоящей перед профессиональным сообществом.

Выводы.

1. Психическое здоровье и развитие детей младенческого и раннего возраста связано с множеством биопсихосоциальных факторов.
2. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет:
 - направлена на формулировку и описание клинических расстройств в контексте отношений между родителем и ребенком, влияния стресс-факторов, особенностей физического здоровья ребенка и его функциональных компетенций;
 - может быть использована при разработке, реализации и оценке эффективности программы ранней помощи ребенку и семье;
 - служит основой для межпрофессионального взаимодействия и формирования общих для профессионалов раннего детства представлений о клинических расстройствах у ребенка в контексте условий его жизни;
 - может быть использована при создании комплексной системы ранней помощи в регионах Российской Федерации.

Литература

1. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Крюков Е.Ю., Иова А.С., Аринцина И.А., Аникина В.О., Потешкина О.В., Солодунова М.А., Черного Д.И. Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. 119 (5). С. 148-153.
2. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р.Ф., Иова А.С., Плотникова Е.В. Динамика эмоционального состояния матерей недоношенных младенцев со структурными внутричерепными изменениями на первом году их жизни // Ананьевские чтения - 2022. 60 лет социальной психологии в СПбГУ: от истоков - к новым достижениям и инновациям. Материалы международной научной конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 363-364.

3. Аникина В.О., Блох М.Ю., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований. // Мир науки. Педагогика и психология, 2020. 8(6). С. 54.
4. Аникина В.О., Эрнепесова Е.Д., Деева А.С. Психическое здоровье женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии, и развитие их детей // Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности. Материалы VI Международной научной конференции. Кострома, 2022. С. 138-142.
5. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. 456 с.
6. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. 2020 г. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/1887>
7. Правительство Российской Федерации. План основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г. // Распоряжение от 23 января 2021 г. № 122-р. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101280006>
8. Президент Российской Федерации. Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства // Указ Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240. URL: <https://www.kremlin.ru/acts/bank/41954>
9. Старобина Е.М. Ранняя помощь детям и их семьям: формирование региональных систем // [Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена](#). 2020. № 195. С. 135-143.
10. Эмде Р. Предисловие // Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. Санкт-Петербург: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. С. 9-12.
11. Sameroff A.J. Environmental Risk Factors in Infancy // Pediatrics. 1998. 102(5 Suppl E). P. 1287-92.
12. Zeanah, C. H. Jr., Zeanah P. D. Infant Mental Health: The Clinical Science of Early Experience // Handbook of Infant Mental Health, 4th Ed. / Ed. C. H. Zeanah. The Guilford Press, 2019. P. 5-24.
13. Zero to Three. Definition of infant mental health. Washington, DC: Zero to Three Infant Mental Health Steering Committee. 2001.
14. Zero to Three. DC:0-5™ Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Zero to Three. 2016.

«ДК:0-5»: КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ

Трушкина С.В.^{1,2}, Скобло Г.В.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

gskoblo@mail.ru

Ключевые слова: DC:0–5™, младенчество, раннее детство, психические расстройства, диагностические классификации.

"DC:0-5": CLINICAL DIAGNOSTICS AND PSYCHOSOCIAL CONTEXT OF MENTAL HEALTH DISORDERS IN CHILDREN

S.V. Trushkina^{1,2}, G.V. Skoblo^{1,2}

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² Association of Child Psychiatrists and Psychologists, Moscow, Russia

trushkinasv@gmail.com

gskoblo@mail.ru

Keywords: DC:0–5™, infancy, early childhood, mental disorders, diagnostic classifications.

«Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, сокращенное название DC:0–5™) представляет собой развернутую диагностическую систему, принятую сегодня в ряде зарубежных странах в качестве стандарта при оценке состояния детей первых лет жизни с признаками психических отклонений или нарушений психического развития. Диагностическая классификация DC:0–5™ была разработана и продолжает постоянно совершенствоваться усилиями международной организации ZERO TO THREE, которая с 70-х годов XX века объединяет ведущих западных специалистов в области психического здоровья и развития детей первых лет жизни [7]. DC:0–5™ вышла в свет в 2016 году и является третьей редакцией данного диагностического руководства. В предыдущих изданиях - 1994 года, DC:0–3 и 2005 года, DC:0–3R - возрастной диапазон детей ограничивался первыми тремя и четырьмя годами жизни соответственно. DC:0–5™ охватывает период от рождения до пяти лет включительно [4-6]. В 2022 году в России некоммерческая организация «Социальная школа Каритас» в сотрудничестве с кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии СПбГУ осуществила русское издание DC:0–5™, получившее официальное название «Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет», сокращенно «ДК:0-5» [1]. Все работы проводились с официального согласия и при содействии компании-разработчика ZERO TO THREE.

В соответствии с междисциплинарной ориентированностью «ДК:0-5» нарушения психического здоровья у маленького ребенка рассматриваются не изолированно, а в контексте условий, которые во многом определяют их развитие и течение. Среди важнейших из них - качество социальных отношений, ограничения, накладываемые состоянием физического здоровья, стрессовая нагрузка на ребенка и семью в целом, уровень психического развития ребенка. Диагностика осуществляется по пяти направлениям (осям).

Ось I «Клинические расстройства» является основной и содержит описание более сорока психических отклонений у детей от рождения до пяти лет включительно. Все ранние психические расстройства разделены на восемь рубрик: «Расстройства нейropsychического развития», «Расстройства сенсорных процессов», «Тревожные расстройства», «Расстройства настроения», «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства», «Расстройства сна, пищевого поведения и синдром плача», «Посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства» и «Расстройства отношений». Каждое из расстройств, входящих в эти рубрики, представлено в соответствии с принятой стандартной схемой. Как оригинальная версия DC:0–5™, так и русская «ДК:0-5» содержат специальный раздел «Перекрестные ссылки с DSM-V и МКБ-10». Это позволяет использовать «ДК:0-5» как дополнительную к ним диагностическую систему, учитывающую ярко выраженную специфику психических нарушений в младенчестве и раннем детстве.

Оси II - V предназначены для оценки средовых и органических факторов с точки зрения их значимости для развития психического заболевания, его течения, прогноза, а также ресурса для лечения и социальной реабилитации ребенка. Так, Ось II «Контекст отношений» предлагает проводить оценку ряда составляющих родительского отношения к ребенку с психическими отклонениями, например, способностей родителя обеспечивать ребенку физическую безопасность, удовлетворять его основные потребности, обучать ребенка, стимулировать его включенность в социальное взаимодействие, проявлять интерес к его индивидуальности и перспективам развития и т.п. Ось III «Условия и факторы физического здоровья» отражает значимые с точки зрения психиатрического диагноза перинатальные состояния и воздействия, наличие врожденных аномалий и генетических синдромов, сенсорные выпадения, хронические соматические, неврологические и другие заболевания, острые медицинские состояния, а также прививочный статус. Ось IV «Психосоциальные и средовые стресс-факторы» задает основу для идентификации и оценки силы стрессоров, способных повлиять на проявление и течение психического заболевания у младенца или маленького ребенка, включая специфичные для этого возраста стрессоры. Среди них - длительное разлучение с родителем или замещающим его лицом, вступление родителя в новый брак, рождение сиблинга, помещение в приемную семью и многие другие. Ось V «Компетенции ребенка» направлена на оценку умений, освоенных ребенком в эмоциональной, когнитивной, речевой, социальной и двигательной сферах.

С каждой новой редакцией «Диагностическая классификация...» становилась все более объемным и детализированным руководством. Международной рабочей группой, состоящей из ведущих детских психиатров и психологов Европы и Северной Америки, был проанализирован и обобщен широкий международный опыт, полученный, как указано в

предисловии, от практиков шести континентов. К сожалению, российские специалисты в этой работе участия не принимали. Осведомленность отечественных специалистов как о самой этой работе, так и о ее результате – издании диагностического руководства и его переводе на русский язык - была и остается крайне низкой. При этом запрос со стороны современной клинической практики на подобные разработки огромен.

Стремясь в какой-то мере восполнить этот пробел, научная группа ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» под руководством ведущего научного сотрудника, к.м.н. Г.В. Скобло в период с 2002 по 2017 годы провела ряд исследовательских работ с целью анализа научных и практических подходов, предлагаемых данной классификацией. В рамках этих работ был сделан рабочий вариант перевода текста всех редакций, проведена апробация диагностических подходов на российских выборках, предпринят анализ концептуальных подходов к оценке состояния психического здоровья маленького ребенка, а также выявлены параллели с диагностикой в отечественной детской психиатрии и клинической психологии. Данная тематика освещалась более чем в 20-ти материалах, опубликованных в российских научных изданиях [2, 3], а также в ряде докладов на научных конференциях всероссийского и международного уровня и вузовских лекциях.

Таким образом, ДК:0-5 хоть и медленно, но последовательно входит в поле зрения российских детских психиатров, детских психологов и других специалистов, вовлеченных в процесс оценки психического здоровья самых маленьких пациентов. Вместе с тем, целый ряд ее положений требует дальнейшего осмысления российским профессиональным сообществом, в том числе соотнесения с принятыми у нас диагностическими и терапевтическими практиками, а также с представлениями о прогрессе в развитии детей в условиях психического заболевания.

Литература

1. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. — СПб : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. — 456 с.
2. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC:0-5). - Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2021. - Т. 21. № 2. - С. 113-125.
3. Трушкина С.В. Помощь детям раннего возраста с нарушениями психического здоровья: междисциплинарный подход // Медицинская психология в России. - 2015. – N 2(31). – С. 5 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.02.2023).
4. «DC:0-3» Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. (1994). Arlington, DC: ZERO TO THREE.
5. ZERO TO THREE. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press.
6. ZERO TO THREE. (2021). DC:0-5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Version 2.0). Washington, DC: Author. (Original work published 2016).
7. ZERO TO THREE. [Электронный ресурс] <https://www.zerotothree.org> (Дата обращения 10.02.2023).

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДЕТЕЙ И БЛИЗКИХ ВЗРОСЛЫХ В ЗАМЕЩАЮЩИХ
СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ ИЗ ДОМОВ РЕБЕНКА РАЗЛИЧНОГО
ТИПА**

Шабалина Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

e.shabalina@spbu.ru

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Ключевые слова: дети, ранний возраст, опыт институционализации, замещающая семья, взаимодействие детей и близких взрослых.

**CAREGIVER-CHILD INTERACTION IN POST-INSTITUTIONAL FAMILIES WITH
CHILDREN FROM BABY HOMES OF DIFFERENT TYPE**

Shabalina E.V., Muhamedrahimov R.J.

FSBI HE SPbSU, St. Petersburg

e.shabalina@spbu.ru

r.muhamedrahimov@spbu.ru

Keywords: children, early childhood, institutionalization experience, post-institutional family, caregiver-child interaction.

Введение. Согласно данным литературы, опыт институционализации, связанный с социально-эмоциональной депривацией детей в обычных условиях дома ребенка, неблагоприятно влияет на развитие детей даже после помещения детей в замещающие семьи (ЗС) [1, 4, 5]. При этом известно, что программа вмешательства, направленная на формирование в учреждении семейного окружения с помощью обучения сотрудниц и структурно-организационных изменений в работе дома ребенка (О+СИ), позволяет достичь более высокого уровня взаимодействия детей с близкими взрослыми по сравнению с домом ребенка без проведения таких изменений (БИ) [1, 5]. Тем не менее, остается малоизученным вопрос об особенностях взаимодействия детей с близкими взрослыми в замещающей семье [2], в том числе в связи с опытом проживания в доме ребенка с разным качеством раннего окружения (ДР семейного типа (О+СИ) или обычный ДР (БИ)).

Материал и методы. В выборку исследования вошли дети с опытом проживания в домах ребенка г. Санкт-Петербурга и затем принятые на воспитание в замещающие семьи. В

одном из домов ребенка была проведена программа изменения социально-эмоционального окружения (О+СИ) (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). В другом доме ребенка работа продолжалась без изменений (БИ). После помещения детей в замещающие семьи родителям сообщали о возможности принять участие в текущем исследовании. Участниками исследования стали 65 пар детей с опытом институционализации и их близких взрослых (сотрудницы дома ребенка во время проживания в учреждении и замещающие близкие взрослые в замещающих семьях). Группа детей из БИ включала 21 ребенка (ср. возраст $40,7 \pm 20,3$ мес.; 9 мальчиков), а группа О+СИ – 44 ребенка (ср. возраст $38,6 \pm 20$ мес.; 21 мальчик). Оценка взаимодействия происходила на трех этапах:

1) в ДР: n (БИ) = 10, средний возраст детей ($21,6 \pm 12,7$) мес; n (О+СИ) = 29, ср. возраст ($22,7 \pm 16,3$) мес.

2) < 24 мес. после перевода детей в ЗС: n (БИ) = 12, ср. возраст детей ($43,8 \pm 15,3$) мес; ср. время пребывания в ДР ($13,5 \pm 7,4$) мес; n (О+СИ) = 32, ср. возраст детей ($41,4 \pm 16,2$) мес; ср. время пребывания в ДР ($13,3 \pm 10,4$) мес.

3) 25-48 мес. в ЗС: n (БИ) = 9, ср. возраст ($57,8 \pm 15,7$) мес; ср. время в ДР ($11,4 \pm 8,1$) мес.; n (О+СИ) = 22, ср. возраст ($55,5 \pm 12,5$) мес; ср. время в ДР ($12,3 \pm 12,7$) мес.

Качество взаимодействия оценивалось с помощью методики PCERA (The Parent – Child Early Relational Assessment) [3] по 5-минутным видеозаписям свободной игры ребенка с близким взрослым (групповая сотрудница в ДР и замещающий родитель в семье). Анализ видео взаимодействия проведен специально подготовленными кодерами по 65 характеристикам взаимодействия по шкале от 1 (проблемная область) до 5 (область проявления сильных сторон), при этом 28 показателей описывают поведение ребенка, 29 относятся к поведению взрослого, и еще 8 характеристик оценивают взаимодействие в диаде. В данной работе представлены результаты, полученные на основе суммарных показателей взаимодействия со стороны взрослого, ребенка и в диаде, а также общего суммарного показателя. Для изучения качества взаимодействия детей и близких взрослых в зависимости от опыта проживания детей в домах ребенка с разным типом окружения (БИ, О + СИ), а также на разных этапах обследования (в ДР, 0-24 мес. в ЗС, 25-48 мес. в ЗС), был проведен двухфакторный дисперсионный анализ (ANCOVA) с ковариатой в виде возраста детей. Решения о статистической значимости результатов принимались на уровне 5%. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы SPSS 23.0. Исследование выполнено в рамках гранта РНФ № 22-28-00626, <https://rscf.ru/project/22-28-00626/>.

Результаты и их обсуждение. Выявлено влияние типа окружения детей в ДР на суммарный показатель взаимодействия со стороны взрослых ($p = 0,030$). Значения данного показателя выше у взрослых из группы О+СИ, чем у взрослых из группы БИ ($p = 0,028$). То есть, в целом,

качество взаимодействия со стороны взрослых с детьми с опытом проживания в О+СИ выше, чем у взрослых, воспитывающих детей из БИ. Также обнаружены значимые различия суммарного показателя взаимодействия в диаде в зависимости от типа окружения ($p = 0,007$) и этапа обследования ($p = 0,048$). Значения этого показателя выше в группе О+СИ по сравнению с БИ ($p = 0,008$). В частности, при обследовании в период 25-48 мес. проживания детей в ЗС более высокие значения диадного взаимодействия наблюдались в семьях из группы О+СИ по сравнению с семьями группы БИ ($p = 0,044$). Таким образом, взаимодействие в диаде в целом лучше в группе О+СИ по сравнению с БИ. Также на этапе обследования 25-48 месяцев в замещающей семье взаимодействие в диаде лучше в группе с детьми из О+СИ по сравнению с БИ.

Кроме того, установлено значимое влияние типа окружения на общий показатель взаимодействия ($p = 0,014$): более высокие значения в группе О+СИ по сравнению с БИ ($p = 0,013$). Значит в целом качество взаимодействия выше в семьях с детьми из дома ребенка с проведенной программой вмешательства О+СИ, по сравнению с семьями, воспитывающими детей из обычного дома ребенка БИ. Полученные данные свидетельствуют о том, что программа вмешательства, направленная на повышение чувствительности сотрудниц и стабильность окружения (О+СИ) [1, 4, 5] связана с уменьшением трудностей во взаимодействии детей с близкими взрослыми после перехода в замещающую семью, и таким образом, способствует установлению безопасных отношений с замещающими родителями.

Выводы. Анализ суммарных показателей взаимодействия детей и близких взрослых в замещающих семьях в зависимости от типа окружения в доме ребенка показал, что общий суммарный показатель взаимодействия, суммарный показатель со стороны взрослых и в диаде выше в группе с детьми, имеющими опыт проживания в доме ребенка с окружением, приближенным к семейному (О+СИ), по сравнению с группой замещающих семей с детьми, которые ранее проживали в доме ребенка традиционного типа (БИ). Результаты проведенного исследования указывают на необходимость использования научно-обоснованных программ сопровождения замещающих семей с детьми, столкнувшимися с депривацией потребности в отношениях с чувствительным и надежным взрослым, которые будут учитывать особенности взаимодействия замещающих родителей и детей с опытом институционализации.

Литература

1. Влияние изменения раннего социально-эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка / Под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. М., 2009. 296 с.
2. Плетенёва М. В., Мухамедрахимов Р. Ж. Особенности взаимодействия детей раннего возраста с родителями в замещающих семьях //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2013. – №. 3. – С. 22-31.
3. Clark R. The Parent-Child Early Relational Assessment: Instrument and manual. Madison: University of Wisconsin Medical School, Department of Psychiatry, 1985.
4. McCall, R. B., Groark, C. J., Hawk, B. N., Julian, M. M., Merz, E. C., Rosas, J. M. & Nikiforova, N. V. Early caregiver-child interaction and children's development: Lessons from the St. Petersburg-USA

orphanage intervention research project //Clinical child and family psychology review. – 2019. – Т. 22. – №. 2. – С. 208-224.

5. The St. Petersburg–USA Orphanage Research Team (2008) The effects of early social emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. Monographs of the Society for Research in Child Development, 73, 1–262.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И АУТИЗМОМ

Шалина Н.С., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.,
Блинова Т.Е.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

shalinans@yandex.ru

Ключевые слова: дизонтогенез, шизофрения, аутизм, кататония.

PECULIARITIES OF THE FIRST YEAR OF LIFE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AUTISM

Shalina N.S., Balakireva E.E., Kulikov A.V., Koval-Zaitsev A.A., Nikitina S.G., Blinova T.E.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

shalinans@yandex.ru

Keywords: dysontogenesis, schizophrenia, autism, catatonia.

Актуальность. У детей с детским типом шизофрении и аутизмом отмечаются схожие признаки дизонтогенеза, которые нередко довольно выражены, а диагноз аутизм часто играет роль “реабилитационного”, в то время как у детей с другими типами шизофрении явления дизонтогенеза в первые годы жизни либо не встречаются вовсе, либо мало выражены. В связи с ранней манифестацией детского типа шизофрении и аутизма важную роль играет оценка параметров развития пациента на первом году жизни.

Цель исследования - выявить возможные клинические предикторы неблагоприятного течения заболевания у детей с шизофренией и аутизмом на первом году жизни.

Материалы и методы. Выборку составили пациенты, проходившие стационарное лечение в детском отделении ФГБНУ НЦПЗ с 2020 по 2023 гг. Проводился клинико-анамнестический и статистический анализ некоторых особенностей первого года жизни детей с верифицированными в ходе лечения в стационаре диагнозами: Шизофрения недифференцированная (F20.3), Шизофрения, детский тип (F20.8xx3), Параноидная

Шизофрения (F20.0), Гебефреническая шизофрения (F20.1), Кататоническая шизофрения (F20.2), Атипичный аутизм (с умственной отсталостью и без умственной отсталости, F84.1), Детский аутизм (F84.02). Особое внимание уделялось первому году жизни как наиболее значимому в развитии. Оценивалось моторное, речевое развитие, особенности сна, питания и коммуникации.

Результаты и их обсуждение. Выделено 4 группы больных. Первую группу составили пациенты с Детским типом шизофрении (ДШ, F20.8xx3) в количестве 10 человек (n=10). Манифестация психоза в группе приходилась на возраст от 12 месяцев до 9 лет, но у подавляющего большинства пациентов (90%, n=9) возраст манифестации психоза составил от 12 месяцев до 2 лет 6 мес. Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 5 лет 2 месяцев до 14 лет 11 месяцев. Большинство пациентов (80%, n=8) переносили кататоно-регрессивный приступ, реже (по 10%) - кататонический либо полиморфный психотический приступы.

Вторую группу составили пациенты с диагностированным иным типом шизофрении, кроме детского (n=15). Сюда вошли преимущественно пациенты с Недифференцированной шизофренией (F20.3, n=11), а также пациенты с Параноидной (F20.0, n=2), Кататонической (F20.2, n=1) и Гебефренической формой шизофрении (F20.1, n=1). Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 12 лет 11 месяцев до 15 лет 9 месяцев. Психотические приступы характеризовались полиморфными расстройствами, их манифестация приходилась на возраст от 8 лет (больные переносили первый приступ до обращения в ФГБНУ НЦПЗ) до 14 лет 4 месяцев.

Третью группу составили пациенты (n=10) с Атипичным аутизмом (АА, F84.1). Их возраст на момент обследования варьировал от 5 лет 6 месяцев до 13 лет 5 месяцев. Возраст, на который пришёлся дебют манифестного психоза, составлял от 12 месяцев до 3 лет. Пациенты переносили кататоно-регрессивные (90%, n=9) и полиморфные приступы в 10% случаев.

Четвёртую группу составили пациенты с верифицированным Детским аутизмом (ДА, F84.02), n=20. Их возраст на момент обследования варьировал от 2 лет 10 месяцев до 11 лет 6 месяцев. Манифестация приступа приходилась на возраст от 10 месяцев до 3 лет. Отмечались кататоно-регрессивные (70%, n=14), кататонические (20%, n=4), полиморфно-регрессивные и полиморфные (по 5%, случаев) приступы.

В группе пациентов с ДШ (n=10) особенности моторного развития на первом году в виде его неравномерности встречались в 40% (n=4) случаев. Особенности развития речи с первых месяцев в виде бедного лепета и гуления или задержки темпов их появления отмечались у 70% (n=7) пациентов. До манифестации психотических нарушений избирательность при введении

прикорма и сниженный аппетит на первом году отмечались у одного пациента (в 10% случаев). Отчётливые указания на неустойчивый зрительный контакт со слабой реакцией оживления на появление матери отмечались в анамнезе у 30% пациентов (n=3). Нарушения сна отмечались у 40% (n=4) пациентов, из которых у двух сон был поверхностным с пробуждениями, трудностями при засыпании с первых месяцев, а у двух других такие же нарушения возникли после 6 месяцев с формированием отчётливого искажённого варианта дизонтогенеза к 12 месяцам. Манифестация психотического приступа происходила у пациентов в разные сроки от момента отчётливой остановки в развитии речи, но они не превышали полугода. Наиболее тяжёлое течение болезни с выраженной дезадаптацией в социуме отмечалось у детей, развитие которых с первых месяцев носило характер задержанного, что проявлялось бедностью лепета и гуления. В дальнейшем развитие приобретало черты не только задержанного вплоть до тотального недоразвития, но и искажённого. Было сделано предположение, что больший “удельный вес” искажённого варианта дизонтогенеза по сравнению с задержанным прогностически более благоприятен, а также то, что первичное наличие признаков задержанного развития уже на первом году жизни наименее благоприятно в случае дальнейшего присоединения кататонии как стержневого синдрома при детских психозах и искажении развития.

В группе пациентов с иными типами шизофрении (n=15), включавшей преимущественно больных с Недифференцированной шизофренией (НШ, 73%, n=11), на первом году нарушения моторного развития отмечались у 21% (n=3) и заключались в его неравномерности (n=2, 14%) и задержке (n=1, 7%, у этого пациента диагностирован ДЦП). Нарушения речевого развития в виде его задержки на первом году отмечались у двух пациентов (14%). Нарушения сна (беспокойный, прерывистый сон, трудности при засыпании) отмечались у 40% (n=6). Избирательности в еде на первом году у пациентов не выявлялось, у 20% (n=3) отмечался сниженный аппетит. Особенности контакта отмечались у двух (14%) пациентов, в одном случае они заключались в малой эмоциональной реакции на улыбку, попытке привлечь внимание, в другом – в отторжении тактильного контакта. Т.о., в указанной группе особенности развития на первом году были меньше представлены по сравнению с другими группами и более разрозненны. Искажения развития не отмечалось, с наступлением дошкольного и школьного возрастов отмечались особенности характера в виде личностного своеобразия (чаще с шизоидными чертами). У пациентов с признаками задержки речевого развития позднее с развитием болезни нарастала выраженная школьная дезадаптация и когнитивные нарушения.

В группе пациентов с АА (n=10) у 90% (n=9) до манифестного психоза отмечались особенности моторного развития в виде его неравномерности или относительно небольшой

темповой задержки. Наиболее часто отмечалось выпадение навыка ползания или его появление после навыка ходьбы. Часто (70%, n=7) такие дети в первые месяцы жизни мало гулили и лепетали по сравнению со сверстниками. В некоторых случаях гуление или лепет отсутствовали, лепет был однообразным. Длительность периода между остановкой в речевом развитии и появлением кататонической симптоматики варьировала от одного до 12 месяцев. С приостановкой речевого развития и дальнейшим регрессом нарастал весь спектр явлений искажённого варианта дизонтогенеза. У 40% (n=4) пациентов искажённое развитие сочеталось с признаками задержанного, а у 50% (n=5) пациентов отмечалась близкая к тотальной задержка. Нарушения сна на 1-м году отмечались у 50% (n=5) пациентов (чуткий, прерывистый сон с пробуждениями, сон только в катящейся коляске, засыпание только с матерью). У 60% (n=6) детей с первых месяцев отмечался неустойчивый зрительный контакт, у 30% (n=3) слабым был «комплекс оживления». Нарушения аппетита на первом году жизни отмечались у 50% пациентов (n=5) в виде избирательности или отсутствия чувства насыщения, частых срыгиваний, рвотного рефлекса.

В группе пациентов с ДА (n=20) на первом году отмечались особенности моторного развития в виде неравномерности у 30% пациентов (n=6) его темпов. Небольшая задержка моторного развития встречалась у 15% (n=3) пациентов. Особенности развития речи с первых месяцев в виде бедности гуления и лепета отмечались у 60% (n=12) детей. В дальнейшем речевое развитие отчётливо останавливалось, затем у большинства (70%, n=14) детей наступал регресс речи. Черты искажения преобладали над чертами задержки. У 35% (n=7) пациентов на первом году отмечались нарушения аппетита в виде избирательности в пище, отсутствия чувства насыщения, трудностей жевания. Только в 10% (n=2) случаев отмечались особенности контакта на первом году в виде отсутствия внимания к окружающим, слабой реакции на дискомфорт и невыраженного «комплекса оживления». Нарушения сна встречались у 30% (n=6) пациентов.

Выводы. Особенности нарушений психомоторного развития на первом году жизни имеют важное прогностическое значение в случае возникновения психического заболевания. Наиболее значимыми с точки зрения возможности возникновения психических нарушений показателями развития на первом году можно выделить особенности контакта и речевого развития, а именно их бедность и недостаточность. Относительное преобладание в структуре дизонтогенеза черт задержки развития по сравнению с его искажением прогностически менее благоприятно. У детей с аутизмом, детским типом шизофрении встречаются задержанный или диссоциированный типы дизонтогенеза или их сочетание, у детей же с иными типами шизофрении дизонтогенетических явлений чаще может не быть. Это косвенно подтверждает относительную обособленность детского типа шизофрении и правомерность его выделения,

но также сближает детский тип шизофрении прежде всего с атипичным аутизмом, а также детским аутизмом. Кататонический синдром, имеющий место в структуре детских психозов, развившихся в первые годы жизни, тотально нарушает развитие, делая его искажённым и задержанным. Обращает внимание неразрывная связь кататонических явлений с явлениями собственно аутизма при психотических формах этого заболевания, а также в случаях детского типа шизофрении.

РАЗДЕЛ 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ДЕТСТВА ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Антонова Е.А.^{1,2}, Зверева Н.В.^{1,2}, Коваль-Зайцев А.А.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

katherine_ant@mail.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaitsev@mail.ru

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: подростковая шизофрения, гендерная идентичность, пол, нарушения мышления.

COGNITIVE FUNCTIONING AND GENDER IDENTITY IN ADOLSCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Antonova E.A.^{1,2}, Zvereva N.V.^{1,2}, Koval-Zaitsev A.A.^{1,2}

¹FSBSI MHRC, Moscow, Russia

katherine_ant@mail.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaitsev@mail.ru

² MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, gender identity, gender, cognitive functioning.

Введение. Обозначение физиологических особенностей мужчин и женщин включено в понятие "пол", а социальные и поведенческие характеристики обозначаются словом "гендер". Такая двойственность определения пола частично объясняет различное использование этого