

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЛАДЕНЦЕВ, ДОШКОЛЬНИКОВ И ИХ СЕМЕЙ

Sarah Mares  
Ana Soledade Graeff-Martins

Специалисты здравоохранения сталкиваются с семьями, в которых есть маленькие дети и младенцы при очень многообразных обстоятельствах и в разных условиях. Внимание к психическому здоровью, социальным и эмоциональным проблемам должно быть неотъемлемой частью оценки их состояния здоровья и благополучия. То, насколько психическое здоровье будет в центре внимания, определяется условиями и целями контакта с младенцем, преддошкольником, дошкольником и его семьей.

В этой главе представлена схема для проведения оценки младенцев, детей раннего возраста и их семей, и демонстрируется подход к пониманию и формулированию их затруднений. Независимо от того, с какой проблемой придется иметь дело, всесторонняя оценка всегда включает в себя рассмотрение социального и культурального контекста, а также факторов, способствующих уязвимости и устойчивости у детей, их родителей и ближайших родственников. Эти факторы используются для информирования и прицельной помощи. Оценка риска (например, риска связанного с развитием, или риска причинения вреда младенцу или опекуну) является обязательной частью любой оценки психического состояния всех младенцев, или детей раннего возраста, и включает в себя оценку способности к выполнению. Эту схему можно адаптировать к широкому диапазону клинических условий. Цель этой главы заключается в том, чтобы повысить у специалистов в области здравоохранения интерес и способность к пониманию проблем с психическим здоровьем во всех случаях, когда им приходится иметь дело с семьями, переживающими этот период быстрого развития и изменений.

### **Важность ранних взаимоотношений для развития**

Все больше появляется информации о способности младенцев и их мотивации ко взаимодействию с окружающей средой (людьми и объектами), саморегуляции и обучению, начиная с рождения. В большинстве сообщений, посвященных раннему развитию, подчеркивается, что младенец постепенно переходит от зависимости к саморегуляции, и этот процесс проходит параллельно с развитием идентичности.

Развитие происходит не в вакууме, а в контексте опекунских взаимоотношений, и опекун играет жизненно важную роль в содействии раскрытию спо-

собностей младенца. Семья (младенец, опекуны и сибсы) существует также в сети взаимоотношений и культуры. Эта сеть включает социальные и физические условия в семье, и она также может либо улучшать и поддерживать качество жизни и взаимоотношений в семье, либо подрывать их. Даже если младенец биологически и генетически запрограммирован на развитие, на определенных его этапах, известных как *критические периоды*, он нуждается в получении специфического опыта взаимоотношения с окружающей средой.

Младенцы рождаются готовыми взаимодействовать, но только не с любым человеком, а с особыми индивидами, осуществляющими за ними уход. Они развиваются в контексте этих взаимоотношений, и качество воспитания существенно влияет на их развитие. Ребенок человека рождается чрезмерно уязвимым и остается зависимым значительно дольше, чем детеныши любых других биологических видов, и таким образом, роль родителя или опекуна становится значительной и долговременной. Семья играет ключевую роль в облегчении и поддержании развития младенцев в ранние годы и её способность к этому влияет на сильные и слабые стороны, которые дети потом пронесут через всю свою жизнь.

В *первый год* развиваются основы речи и устанавливаются отношения привязанности. Для *второго года* жизни характерны два главных достижения: (I) речь и символические игры, и (II) мобильность. Мобильность позволяет детям исследовать окружение и развиваться в познавательном плане, а также формировать независимость от опекуна. Преддошкольники экспериментируют с отделением от взрослого и развивают чувство идентичности и автономии. На протяжении *третьего и четвертого года* жизни дети закрепляют, совершенствуют и развивают эти способности и формируют чувство собственного я по отношению к другим людям и своему месту в мире (Глава А.2).

### Привязанность

Качество привязанности, формирующейся между детьми младшего возраста и их опекунами, оказывает существенное влияние на социальное, эмоциональное и когнитивное развитие на протяжении всей жизни. Привязанность можно определить как устойчивую эмоциональную связь, характеризующуюся тенденцией к поиску и поддержанию близости к определенному объекту (объектам), особенно в условиях стресса. Теория привязанности понимает природу привязанности младенца к его опекунам как первичный, биологически определенный феномен, от которого зависит выживание. У младенца внутренние рабочие модели взаимоотношений формируются на основе природы и качества раннего опыта отношений



Ряд подкастов, публикаций и видеоматериалов о раннем развитии доступны на [www.zerotothree.org](http://www.zerotothree.org)

Психологически здоровый младенец характеризуется:

- способностью формировать близкие и надежные межличностные взаимоотношения
- стремлением исследовать окружающее и обучаться
- все происходит в контексте семьи, сообщества и культурных ожиданий от ребенка
- тесной связью со здоровым эмоциональным и социальным развитием

Краткое введение в науку раннего детского развития можно найти в серии **In Brief**, издаваемой Центром по детскому развитию Гарвардского университета.

с опекунами, что определяет дальнейшее социальное и эмоциональное развитие. Данные лонгитудинальных исследований привязанностей указывают на то, что их надежность связана с формирующейся у детей раннего возраста способностью к саморегуляции, взаимности и социальному сотрудничеству (Sroufe et al, 2005).

## МОДЕЛИ И РАССТРОЙСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ

В теории привязанности описаны три типа организованной привязанности и модель дезорганизованной или дезориентированной привязанности. Расстройства

привязанности (реактивное расстройство привязанности) также описаны (DSM-IV TR; American Psychiatric Association, 2000), однако существуют разногласия относительно современных диагностических категорий и предложены альтернативы (Boris и др., 2005; Chaffin и др., 2006; Newman & Mares, 2007; Zerotothree.org).

Под организованной привязанностью подразумеваются стратегии управления собой (и проявлениями аффектов) по отношению к другим людям, которые ребенок развивает у себя в ответ на взаимоотношения со своим опекуном. Она подразделяется на надежную, ненадежную/амбивалентную или ненадежную/избегающую. Дезорганизованная привязанность относится к детям, которые не способны развивать у себя понятные или эффективные стратегии, позволяющие справиться с

тревогой привязанности, обычно в тех случаях, когда опекун является одновременно источником комфорта, а также причиной страдания или тревоги, например в ситуации плохого обращения с ребенком (Howe, 2005; Lyons-Ruth и др., 2005).

Теория привязанности первоначально была разработана Джоном Боулби, которому удалось объединить прежде разрозненные данные из целого ряда областей знаний. Эта теория представляет собой интегрированную систему теории и практики, позволяющую установить связь между поведением и внутренними представлениями взаимоотношений, а также

между опытом одного поколения и заботой, которую оно будет оказывать последующему – т.е. трансгенерационными аспектами воспитания. Эта теория объясняет связь между наблюдаемым поведением родителей, качеством взаимоотношений между младенцами и родителями и дальнейшим функционированием ребенка. Теоретиками и исследователями, занимающимися проблемами привязанности, были разработаны методы, позволяющие выявлять и оценивать аспекты внутреннего представляемого мира младенца, ребенка и взрослого. В настоящее время применение этих

научно-обоснованных подходов, которые пока еще сложно использовать в клинической ситуации, ограничено.

Вебсайт **Circle of Security (COS)** содержит полезную информацию для родителей и клиницистов о важности привязанности, ее качестве и подходах в воспитании, а также оказанию помощи. Эта информация в значительной степени основана на теории привязанности и современных достижениях нейробиологии. Сайт COS – это удобный для пользователей, доступный подход (с широким использованием графики и видеоклипов), помогающий родителям лучше понять потребности их детей.

### ПРИВЯЗАННОСТЬ

Устойчивая эмоциональная связь, характеризующаяся тенденцией к поиску и поддержке близости по отношению к определенному объекту (объектам), особенно в условиях стресса.

Привязанность может быть:

- Организованной
  - надежной
  - ненадежной / амбивалентной
  - ненадежной / избегающей
- Дезорганизованной

## ОЦЕНКА

Хорошие знания теории привязанности позволяют клиницистам оценить эмоциональные и поведенческие проблемы с точки зрения взаимоотношений. Это не означает, что все младенцы и психиатрические вмешательства в раннем детском возрасте требуют формальной оценки статуса привязанности. Научно-обоснованные методы оценки привязанности, такие как *Процедура – странная ситуация* (Strange Situation Procedure (Ainsworth и др., 1978)) продолжительна по времени и требует тщательной подготовки. В настоящее время отсутствует принятый во всем мире клинический и диагностический протокол для оценки привязанности в разном возрасте, а также для диагностики расстройств привязанности. Это отчасти объясняет ограниченное количество исследований и противоречивость подходов к оценке привязанности в клинических условиях. Многие клиницисты, консультирующие детей по проблемам привязанности, располагают ограниченными возможностями из-за недостаточной и формальной подготовки и испытывают неуверенность при клинической оценке привязанности (Crittenden и др., 2007). По этой причине, вне исследовательского контекста, рекомендуется скорее описывать то, что наблюдается между ребенком и опекуном, чем пользоваться языком, который может подразумевать классификацию привязанности или диагноз, в тех случаях, когда не была проведена формальная оценка. Оценка привязанности в клинических условиях требует концентрации внимания скорее на проблемах и сильных сторонах взаимоотношений между опекуном и ребенком, а не на выраженности трудностей, присутствующих только у ребенка (Zeanah и др., 2011). Принципы оценки подытожены в Таблице А.4.1.

### **Информированная оценка привязанности**

Несмотря на то, что формальная оценка привязанности обычно не проводится в клинических условиях, может быть использована *информированная оценка привязанности* (*attachment-informed assessment*). Такая оценка включает в себя:

1. *Анамнез привязанностей ребенка.* Очень важно сфокусировать внимание на хронологическом учете значимых объектов привязанности, доступных ребенку с момента рождения, особенно на прекращении ухода, запущенности или потерях, чередующихся опекунах, халатном отношении к уходу за ребенком или насилии. Должно быть отмечено наличие главного опекуна и контакты с другими лицами, осуществляющими уход, равно как поведение ребенка с каждым из них, и его реакция на смену опекуна. Для детей старшего возраста должны быть описаны взаимоотношения со сверстниками и сибсами.

2. *Подробности и результаты наблюдений за поведением младенца или ребенка.* Особый интерес в отношении качества привязанности, а также ее нарушений и расстройств представляют:

- Поведение, направленное на поиск комфорта или помощи, включая реакцию на боль или страдание (например, к кому ребенок идет, если падает и испытывает боль; демонстрирует ли он страдание; различает ли он, кто может его успокоить? стесняется ли он незнакомых людей?)

Таблица А.4.1 Принципы оценки

<b>1. Оценка риска</b>	Оценка прямой и долгосрочной безопасности или риска для младенца, ребенка младшего возраста и других членов семьи – необходимый и неизбежный аспект любой оценки. Это может быть понятно или непонятно семье, но это ключевой компонент обязательств и ответственности клинициста
<b>2. Родители желают для своих детей всего самого наилучшего</b>	Почти всегда родители желают всего самого наилучшего для своих детей и семьи в целом. Роль клинициста – помогать им в этом.
<b>3. Биопсихологическая система взглядов</b>	Биопсихологический подход подразумевает, что рассматриваются психические, психологические, межличностные, социальные и культуральные факторы, которые способствуют возникновению проблемы в семье и у младенца. Физическое и психологическое благополучие младенца не может рассматриваться отдельно.
<b>4. Контекст развития</b>	Перинатальный период и период раннего детства – это время изменений и гигантского роста младенца и семьи. Дети развиваются в разнообразном диапазоне нормальных параметров и их проблемы необходимо понимать в контексте развития. Присутствующие в младенчестве эмоциональные, поведенческие и связанные с развитием проблемы могут иметь последствия на всю оставшуюся жизнь, но некоторые из них представляют собой нормальные проявления переходных этапов: со временем, при адекватной поддержке они будут решены
<b>5. Подход, связанный с описанием отношений</b>	Раннее развитие может быть понято только в контексте осуществления ухода за ребенком. Как описано выше, сюда входит привязанность и качество главных взаимоотношений младенца. Несмотря на то, что индивидуальные факторы ребенка или родителей могут способствовать временным трудностям, взаимодействие или «соответствие» между потребностями и возможностями каждого члена семьи, а также источники стресса и поддержки в семейном контексте, могут определять результат.
<b>6. Слабые места и сильные стороны</b>	Идентификация слабых мест и сильных сторон (называемых также факторами риска и защитными факторами) помогает определять и нацеливать оказание помощи

<p><b>7. Трансакционная модель развития</b></p>	<p>В трансакционной модели развития (Sameroff и MacKenzie, 2003) акцент делается на взаимодействии между генетическими и средовыми факторами с течением времени, и «развитие ребенка рассматривается как продукт непрерывных динамических взаимодействий между ребенком и опытом, предоставляемом семьей и социальным контекстом» (Sameroff и Fiese, 2000, с. 10).</p>
---	--

- Качество отношений и способность использовать опекуна или другого взрослого человека для достижения комфорта, включая способность исследовать и играть в новых условиях, реакцию на ограниченные условия и природу взаимодействия с клиницистом.

Все это необходимо понимать с позиции развития. Шестилетний ребенок с меньшей вероятностью будет демонстрировать стеснительность или страх перед незнакомыми людьми, чем двенадцатилетний. Трехлетний ребенок сможет использовать вербальную информацию от опекуна (например: «Я выйду на минутку и скоро вернусь»), чтобы перенести сепарацию, тогда как пятнадцатимесячный в меньшей степени способен на это.

Существует целый ряд ключевых принципов и вопросов, требующих рассмотрения при каждой оценке семьи с младенцем или ребенком раннего возраста, независимо от условий, в которых проводится такая оценка или уровня подготовки клинициста. Эти принципы и вопросы приведены в Таблице А.4.1. Они получены на основе клинического опыта и исходят из исследовательского и клинического понимания младенчества, раннего детского возраста и семейных процессов. Подход, основанный на этих ключевых принципах, позволяет клиницистам прийти к пониманию имеющейся проблемы, и решить, на что должны быть направлены помощь и лечение.

### **Условия, необходимые для проведения оценки**

Оценка младенцев и их семей осуществляется разными способами и может происходить в широком диапазоне условий и обстоятельств. Информация, полученная во время визита на дому, может существенно отличаться от информации, полученной в клинических условиях. Где проводить осмотр семьи, зависит от профессиональной роли клинициста, практики и целей оценки. Например, когда родители обеспокоены тем, что их ребенок нездоров и не хочет спать, семья может только один раз прийти на прием в местное отделение неотложной помощи поздно вечером. При осмотре дома практические и финансовые сложности (например, однокомнатная квартира и шумные соседи), влияющие на способность сконцентрироваться на ребенке и решать его проблемы, могут стать более очевидными. Это изменило бы фокус оценки и потребовало

#### **Тщательная оценка необходима:**

- Для точной диагностики и формулировки
- Для того, чтобы помочь семье максимально использовать потенциал развития их ребенка
- Для целенаправленной интервенции и планирования лечения
- Для сбора данных в исследовательских и статистических целях

по-другому использовать время клинициста. Оценка может проходить в условиях психиатрического учреждения в течение двух или трех сессий из-за возможной депрессии одного из родителей. И наоборот, семья может регулярно осматриваться в клинике для детей младшего возраста, что позволяет осуществлять постоянное наблюдение по мере того, как ребенок растет, и формируются взаимоотношения. Проблемы с жестоким обращением или запущенностью требуют оценки и неизбежно ставят перед клиницистом сложную задачу установления взаимопонимания и сотрудничества с родителями, которые чувствуют себя находящимися под угрозой, запуганными или подвергнутыми критике. Оценка развития или последующее наблюдение семьи с ребенком с медицинскими или связанными с развитием проблемами может потребовать прямого медицинского внимания, но, несмотря на это, необходимо изучение семейного и социального контекста. Не существует однозначно правильных или неправильных способов, но каждый клиницист должен подумать о преимуществах и ограничениях применяемых ими методов, и о том, как они могут влиять на получаемую информацию.

### **Цели оценки**

Важнейшей целью оценки, независимо от контекста или условий, является установление и понимание проблем, с которыми сталкивается семья, их слабых и сильных сторон, с тем, чтобы помочь им максимально использовать их способности к воспитанию, и потенциал развития их ребенка (способности к воспитанию мы обсудим позже). Информация, полученная во время проведения оценки, может быть использована также и для других целей, таких как научное исследование клинических или социальных условий, которые влияют на развитие ребенка или воспитание.

### **Источники информации**

Во время проведения оценки многообразная информация собирается из разных источников, частично определяемых клиническими условиями и целью оценки. К прямым источникам информации относятся:

- Клинический анамнез, предоставленный направляющим лицом и семьей
- Наблюдение за членами семьи и их взаимодействиями
- Лабораторные анализы и тесты на развитие, а также исследования
- Другие источники (например, направляющее учреждение, или другие службы, связанные с семьей, детский сад, школа).

К другой информации относятся:

- Письменные документы с данными анамнеза и описанием предыдущих интервенций
- Эмоциональная или «аффективная» информация – включая реакции и чувства клинициста по отношению к семье и наблюдаемой в ней проблеме
- Информация (знания, навыки и установки), из профессионального опыта клинициста.

### Процесс оценки

Важной частью оценки является возможность опекунам исследовать сложные эмоции, относящиеся к воспитанию, и идентификация преград, которые могут препятствовать их самым лучшим усилиям по воспитанию. Необходимо также слушать без осуждения подлинный интерес к проблеме, семье и ребенку. Эффективная оценка дает возможность наблюдать больше того, о чем говорится, посредством понимания ценной и важной информации, передаваемой при взаимодействии между детьми и их опекунами. Совет и вмешательство должны следовать только после полного понимания проблем.

Всесторонняя оценка основывается на понимании задач, связанных с развитием данного периода и наблюдения взаимоотношений «ребенок-опекун». Она включает:

- Клиническое оценочное интервью
- Наблюдение за взаимодействиями ребенка и родителей
- Оценка развития ребенка

### Интервью

Целью процесса интервью является не только сбор информации и объективных данных, а также формирование терапевтических взаимоотношений, в рамках которых можно понять проблему и достичь прогресса в ее решении. Происходит ли встреча с семьей только один раз, или она является первой в серии продолжающихся контактов, процесс развития *терапевтического альянса* проходит параллельно с выявлением *фактов* анамнеза и определяет успех. Так как воспитание первично по отношению к взаимоотношениям, контакт со страдающими семьями необходимо понимать как профессиональные взаимоотношения, в рамках которых семья может чувствовать себя услышанной и понятой, и таким образом способной лучше ухаживать за своим ребенком. Даже тогда, когда оценка касается плохого или жестокого обращения с ребенком или судебно-медицинских заключений, важно осознавать значимость терапевтического альянса, при этом оставаясь ясным и прямым относительно цели интервью, профессиональной роли и ответственности, а также любых ограничений, касающихся конфиденциальности. В равной степени важным является выслушивание семьи: Почему они пришли? Что их беспокоит? Какую они хотят получить помощь?

Уникальным аспектом оценки семей с младенцем или ребенком младшего возраста является то, что «пациент» очень часто ничего не может сказать в защиту своей версии событий. В таком случае ключевым в помощи клиницисту и семье в понимании опыта ребенка и их роли в текущих проблемах является то, что удастся наблюдать в поведении ребенка, его реакциях и взаимодействии с другими членами семьи.

Процесс оценки, выслушивания, наблюдения и распроса, позволяет клиницистам и родителям начать формировать ясное и конкретное понимание сути проблемы или проблем, лежащих в основе семейной ситуации.

Полученная информация помогает клиницисту и родителям вместе организовать и понять опыт семьи, с тем, чтобы составить сценарий или «историю» – оценку семейного опыта обращения с ребенком. Она постоянно обновляется и изменяется в ходе проведения оценки и лечения, по мере того как происходит развитие и изменения. Во время интервью становится возможным наблюдать младенца или дошкольника и его взаимоотношения со взрослыми.



Родители двухлетней девочки доставили ее в амбулаторную психиатрическую клинику, с жалобами на то, что «она после года стала очень нервной и возбужденной». Они также заявили, что девочка часто бывает агрессивной, бьется головой о стену и царапает себя. Она часто просыпается напряженная, отказывается от бутылочки и царапает свою мать. Ее поведение ухудшается, когда она контактирует с другими детьми, поэтому родители держат ее дома. Она также была агрессивной со взрослыми, швыряла при этом игрушки на пол, или в других людей. Родители также сообщили о том, что она становилась спокойной рядом с бабушкой по материнской линии, которая позволяла девочке делать все, что она захочет, включая и то, что родители считали опасным. В присутствии незнакомых людей девочка была очень стеснительной, опускала голову и не разговаривала. Родители не могли установить причину симптомов, но их начало совпало с моментом, когда она научилась ходить и, таким образом, стала более независимой. Она жила с родителями и восьмилетним братом.

Было очевидным, что родители очень по-разному подходили к воспитанию дочери. У матери были проблемы с установлением ограничений, тогда как отец, когда был дома, наказывал девочку физически (бил ее тапочками). Мать говорила, что всегда хотела, чтобы ее дочь могла «одеваться как принцесса», и эта девочка обманула ее ожидания. Брат был очень спокойным, послушным и с ним никогда не было проблем.

Психолог оценивала семью на протяжении четырех недель, проводя интервью с родителями, наблюдала за самой девочкой и взаимоотношениями между детьми и родителями. Она направила родителей на тренинг по воспитанию. После нескольких сессий родители научились лучшим способам установления границ и более последовательному воспитанию, и поведение девочки начало улучшаться. Следующим шагом было оказание поддержки родителям в отправке ребенка в детский сад на несколько дней в неделю, предоставляя ей возможность быть с другими детьми и взрослыми

## Анамнез

Во время интервью, на котором присутствует ребенок и, когда это возможно, оба родителя, а также другие значимые опекуны, клиницист вместе с членами семьи исследует их надежды и страхи, ожидания в отношении самих себя и ребенка, а также их опыт, если таковой имеется, общения с медицинскими или психологическими службами в прошлом. Использование био-психо-социо-культурального подхода позволяет получить информацию о:

1. Текущей проблеме
2. Прошлом и анамнезе развития
  - а. ребенка
  - б. родителей и семьи
3. Текущей поддержке и стрессорах.

## Текущая проблема

- Как члены семьи понимают и описывают то, что их беспокоит?
- Случалось ли это прежде?
- Были ли какие-либо причины?
- Почему они обращаются за помощью именно сейчас?
- Что они пытались сделать, и что из того, что они делали, помогло?
- Почему они решили обратиться за помощью к вам и в ваше учреждение?
- Какую помощь они хотели бы получить? Какие у них приоритеты?

## Анамнез прошлого

Включает следующую информацию:

- Семейный анамнез их собственной семьи и взаимоотношений в ней. Отдельно для каждого из родителей
- Родители как семейная пара
- Зачатие, беременность и роды
- Развитие ребенка от рождения

Полученная информация будет включать в себя данные о факторах защиты и риска у ребенка, родителя (родителей), а также в их взаимоотношениях, социальном и культуральном контексте. Этот материал будет содержать анализ биологических, психологических и социокультурных факторов.

### Биопсихосоциальная схема

Младенец рождается с генетически обусловленными склонностями, включая и то, что иногда называют темпераментом, и до рождения уже подвергался воздействию факторов окружающей среды *in utero* (например, таких как полноценность питания, воздействие алкоголя или наркотиков, преждевременные роды или какие-либо соматические заболевания) (Глава В.1.). Это биологический вклад в проявления.

Качество воспитания может облегчать или обострять конституциональные проблемы ребенка. Это часто описывается как *степень согласия* между ожиданиями и способностями родителей и склонностями и потребностями ребенка. Сюда относятся психологические и межличностные факторы, равно как и биологические аспекты здоровья родителей и младенца, которые влияют на способность удовлетворения потребностей их ребенка.

Также должны быть рассмотрены: место ребенка в семье, включая пол и очередность рождения, значение этого ребенка для его родителей в данный момент их жизни и место родителей в социо-культуральном контексте. Необходимо получить информацию о биологических, психологических и социальных факторах, которые помогли или препятствовали семье сейчас и в прошлом.

### Биологические факторы

Сюда относятся: генетическая уязвимость, состояние здоровья в прошлом и сейчас и любые существенные данные о болезнях в семейном анамнезе. В случае детей раннего возраста такие факторы включают внутриутробное воздействие наркотиков и других токсинов, а также другие факторы, влияющие на развитие и физическое здоровье.

### Психологические и реляционные факторы

Интрапсихические факторы, такие как текущие психиатрические заболевания, личностные проблемы и стиль привязанности, а также интерперсональные факторы, такие как история и качество текущих взаимоотношений.

### Социальные, культуральные и контекстуальные факторы

Факторы в социальном контексте, степень культурной и социальной изоляции или поддержки, финансовая безопасность и занятость родителей. Социально-экономический статус является мощным предиктором результата развития младенца (Zeanah и др., 1997), однако ключевым является способность и готовность семьи получать и использовать поддержку. К рассматриваемым здесь факторам, идентифицированным Редером и др., (2003), относятся:

- Оценка младенцев или детей раннего возраста и их семей будет разной в зависимости от роли клинициста, цели оценки, условий и профессиональных взаимоотношений с семьей
- Эффективность любой оценки значительно повышается, если используется биопсихосоциальный подход, позволяющий интегрировать информацию, полученную от ряда источников.
- Физическое и психическое здоровье ребенка неразделимы, равно как благополучие и безопасность ребенка, нельзя рассматривать вне контекста семьи и первичных взаимоотношений по уходу за ним.
- Фокус внимания при оценке может варьировать, но клиницист обязан иметь в виду более широкую картину, для того чтобы работать с семьей и другими профессионалами над оптимальным воздействием развитию и проявлению потенциала младенца и ребенка раннего возраста, а также повышением качества семейной жизни и взаимоотношений

- Контекст и взаимодействие между семьей и социальным окружением
- Функционирование семьи, например, бедность, безработица, реакции на стресс, социальная и культурная изоляция
- Потенциал стабильности во взаимоотношениях и социальной обстановке

### ПРИМЕРЫ ЗАЩИТЫ И РИСКА

Тамми родилась немного недоношенной и зависимой от наркотиков, так как ее мать во время беременности употребляла героин (биологический риск). Ее мать считала, что неспособна ухаживать за ней, так как постоянно потребляла наркотики и Тамми, когда ей исполнился месяц, была отправлена к дяде с тетей (качество получаемого ею ухода здесь у родственников будет определять, будет ли это фактор риска или защиты для Тамми). Поначалу она была очень раздражительным и беспокойным ребенком, но потом у нее сформировалась хорошая надежная и организованная привязанность по отношению к своей тете (психологически защитный фактор).

Когда ей исполнилось три года, на город, в котором жила эта семья, обрушился мощный торнадо, разрушив дом (контекстуальный риск). Несмотря на то, что никто не пострадал, семье несколько месяцев пришлось жить в укрытии. Дядя потерял работу и, кроме того, присутствовало множество стрессоров, что в результате привело у него к возникновению депрессии (психологический и реляционный риск). Чтобы найти работу, им пришлось переехать из местности, в которой они жили всегда в другой регион, где они оказались в социальной изоляции (социально-культурный риск). Они были находчивой семьей и наладили тесные взаимоотношения с другими семьями, которые также недавно поселились в городе, и которые помогли им обосноваться в новой общине (контекстуальный защитный фактор).

- Взаимоотношения с другими и способность принимать помощь и поддержку общины
- Системы, которые поддерживают или оставляют семью в этот период быстрых изменений в развитии ребенка
- Социальные и культуральные факторы, с которыми сталкивается семья
- Качество взаимоотношений и взаимодействия
- Насилие в семье
- Практические вопросы и обстоятельства; практическая реальность семейной ситуации, включая жилищные условия, бедность, занятость и возможности получить образование.

### Что привносят родители в воспитание?

- Свои психологические и социальные сильные стороны и ресурсы
- Свои фантазии относительно того, кем для них будет их ребенок
- Анамнез, который предшествует зачатию и рождению, включая их опыт из собственных семей и опыт того, как их воспитывали
- Их ожидания по отношению к себе как к родителям, под влиянием опыта семейной жизни
- Свою психопатологию – прошлый и семейный психиатрический анамнез родителей и текущие проблемы, включая злоупотребление психоактивными веществами
- Возраст родителей и этап жизни.

### Трансгенерационные проблемы воспитания

Наличие ребенка, нуждающегося в уходе, является мощным пусковым механизмом чувств, мыслей и воспоминаний родителей об их воспитании. Многие аспекты воспитания определяются тем, как нас воспитывали, кто нас поддерживал, чем нас успокаивали, как удовлетворялись наши потребности. Эта информация хранится в процедурной памяти, предназначенной для запечатления действий, а не в вербальной. Самый ранний

опыт взаимоотношений с нашими родителями накапливался задолго до того, как у нас появляется способность выражать эмоции словами. Как описывает это Winnicott (1987) «... она когда-то была ребенком, у нее в памяти есть представление о том, что значит быть ребенком; она также хранит воспоминания о том, как о ней заботились, и эта память помогает или мешает ей в ее собственном опыте в качестве матери».

Родители с которыми жестоко обращались или пренебрегали вступают в отцовство и материнство в невыгодном положении. Это происходит из-за неадекватных внутренних моделей, которые управляют ими, влияния раннего пренебрежения или жестокого обращения на их собственную способность к саморегуляции и рефлексии, и часто ограничивает семейную и социальную поддержку в настоящем. И хотя только треть детей, с которыми жестоко обращались в прошлом, становятся жестокими родителями (Egeland и др., 2002), тем не менее, это явный фактор риска проблем в воспитании. Оценка риска обсуждается дальше.

### Опросники и интервью

Кроме анамнеза и клинического наблюдения в процессе оценки могут использоваться опросники, оценочные шкалы и структурированные интервью. Стандартизированные инструменты содержат вопросы относительно поведения ребенка, которое таким образом можно легко оценить. Они разработаны так, чтобы их заполняли родители, лица, осуществляющими уход за детьми и учителя, предоставляя информацию о функционировании детей в разном контексте. Все эти опросники приведены в Таблице А.4.2.

## ОЦЕНКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ РОДИТЕЛЕЙ С МЛАДЕНЦАМИ ИЛИ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Даже при проведении краткого интервью с семьей можно сделать наблюдения, которые дадут представление о качестве взаимодействий и взаимоотношений. Наблюдение за качеством взаимоотношений с ребенком является также главной частью при оценке риска. Взаимодействия отражают способности родителей заботиться о ребенке, их способности чутко и надлежаще реагировать на поступающие от него сигналы, равно как и способности ребенка принимать заботу родителей и отвечать на нее.

Таблица А.4.2 Оценочные шкалы и опросники

Инструмент	Комментарии
<p><b>Перечень для оценки поведения ребенка</b> Child Behavior Checklist (CBCL) для возраста 1,5 – 5 лет (Achenbach и Rescorla, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Два перечня для оценки адаптируемого и недостаточно адаптируемого функционирования в возрасте от 1,5 до 5 лет. Оценка проводится родителями, сотрудниками детского сада и учителями</li> <li>• В рамках недавнего международного проекта с использованием CBCL были выявлены общие закономерности накопления эмоциональных и поведенческих проблем у дошкольников в двадцати странах, участвующих в исследовании (Ivanova и др., 2010; Rescorla и др., 2011).</li> <li>• Защищено правами собственности</li> </ul>

<p><b>Опросник «Сильные стороны и проблемы»</b> Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оцениваются 25 характерных признаков; некоторые из них положительные, другие отрицательные. SDQ содержит также приложение о влиянии, которое помогает оценить нарушения, связанные с поведением ребенка</li> <li>• Бесплатно</li> </ul>
<p><b>Опросник «Возраст и стадии развития»</b> The Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3) (Squires &amp; Bricker, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработан для выявления младенцев и детей младшего возраста (0-5) с потенциальными проблемами развития. Обследованию подлежат пять сфер: коммуникация, грубые движения, точные движения, решение проблем и социально-обусловленное поведение. Заполняется родителями/опекунами</li> <li>• Защищено правами собственности</li> </ul>
<p><b>Опросник «Возраст и стадии развития: социально-эмоциональные особенности»</b> The Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ:SE) (Squires et al, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Культурально разносторонний инструмент, позволяющий идентифицировать детей, подвергнутых риску задержки социального, эмоционального и поведенческого развития. С помощью ASQ-SE оценивается развитие ребенка в таких поведенческих сферах, как саморегуляция, податливость, коммуникабельность, адаптивность, автономность, аффективность и взаимодействия с другими людьми</li> <li>• Защищено правами собственности</li> </ul>
<p><b>Психиатрическая оценка в дошкольном возрасте</b> Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Egger &amp; Angold, 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Структурированное интервью для родителей для диагностирования психических нарушений у детей дошкольного возраста (от двух до пяти лет). Используется как исследовательский инструмент, может также применяться в клинической работе.</li> <li>• Защищено правами собственности, требует формального обучения.</li> </ul>
<p><b>Показатель стресса у родителей</b> The Parenting Stress Index –Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скрининг для оценки уровня стресса во взаимоотношениях «родители-ребенок», дисфункционального воспитания, проблем поведения у родителей и трудностей с адаптацией ребенка внутри семьи.</li> <li>• Доступны на нескольких языках.</li> <li>• Защищено правами собственности.</li> </ul>

Повседневный режим кормления и сна представляет собой условия для социального обмена, но вместе с этим также и моменты повышенного риска для ребенка, если система ухода за ребенком является стрессовой или несоответственной. На самом деле намного важнее то, что родители действительно делают, а не то, что говорят, или думают о том, что они делают. Восприимчивость родителей к коммуникациям ребенка играет центральную роль в развитии взаимоотношений между ними и определяет тип взаимоотношений привязанности, которые формируются по отношению к каждому из родителей отдельно. Основой оценки является наблюдение за реакциями родителей на эмоциональные сигналы и коммуникации их ребенка, и за способностью родителей интерпретировать их и надлежащим образом реагировать.

*Наблюдение позволяет получить информацию о:*

- Восприимчивости родителей по отношению к ребенку
- Способности ребенка реагировать на заботу и внимание со стороны родителей
- Слаженности между ними
- Безопасности ребенка и родителей
- Способности родителей совместно ухаживать за ребенком и о качестве взаимоотношений между ними

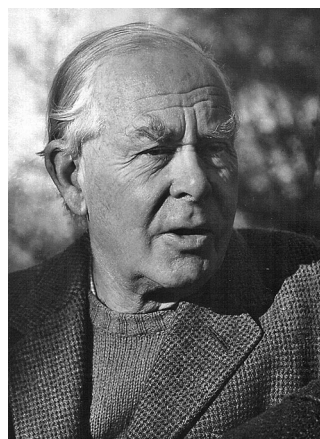
*На взаимодействия и взаимоотношения с ребенком влияют:*

- Непосредственные контекстуальные факторы
- Индивидуальные аспекты и характеристики опекуна и ребенка
- События прошлого, особенно опыт родителей относительно того, как их воспитывали.

*Поведение родителей и ребенка в то время, когда они находятся с вами, не менее важно, чем то, о чем они рассказывают.* Клиницисту рекомендуется с таким же вниманием относиться к тому, что делают родители и младенец, и о чем они говорят. Пока младенец находится в комнате, вы можете увидеть, насколько легко он успокаивается, как он реагирует на голоса родителей и их прикосновения, как выражает свои потребности и как реагируют на это. Если в комнате находится ребенок преддошкольного возраста, вы можете увидеть насколько свободно он себя чувствует в процессе исследования помещения, в какой степени он нуждается в близости со стороны родителей, и как он добивается от них внимания.

Язык, который родители используют относительно к их ребенку, то, как они обращаются к нему и что о нем рассказывают – все это также является важной информацией. Вы можете, например, обратить внимание на:

- Неуважительные замечания и прозвища
- Истории, в которых родители сознательно или бессознательно рассказывают о других людях или ситуациях, но, в тоже время, сообщают что-то о ребенке или о взаимоотношениях с ним
- Невербальные сигналы между родителями, а также между родителями и ребенком, в особенности выражения лица и прикосновения



**Джон Боулби** (1907 – 1990), британский психиатр, главный теоретик концепции привязанности

- Что родители говорят ребенку, что они говорят о ребенке и как все это согласуется.

В идеале коммуникация между родителями и младенцем или ребенком раннего возраста:

### ОЦЕНКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

- Мама, которая проходила курс лечения послеродового психоза с гордостью заявляла, что кормит грудью своего ребенка и все идет хорошо. Когда ребенок начал хныкать, она подняла его и расположила как для кормления, но не расстегнула свою блузку и не дала ему доступа к груди, а только держала ребенка, прильнув к блузке, в то время как он напрасно пытался добраться к груди. Было похоже, что мать не осознавала чего от нее так усиленно добивается ее ребенок, пока он не начал громко плакать. Она все еще не расстегивала свою блузку, пока терапевт не посоветовал ей сделать это.
- Двухлетний мальчик во время осмотра упал со стула и достаточно сильно ударился головой. Его мама описывала его как «независимого». Вместо того чтобы плакать или подойти к маме, он подошел к окну и стал смотреть наружу. Интервьюера удивило, что мальчик не подошел к родителям, чтобы его успокоили и не показал, что страдает.
- Мама привела пятилетнего мальчика на консультацию к психологу первичного звена. Мальчику направление дал учитель, так как не справлялся с заданиями в классе. Он всегда был тихим и одиноким, отказываясь играть с другими детьми. Мать не понимала его поведения. Во время второй консультации психолог пригласил мальчика поиграть, предлагая ему некоторые игрушки. Мальчик мог играть только в том случае, если в комнату заходила мама и давала ему вербальные инструкции, что делать. Он передвигал игрушки или менял их только после того, как мать разрешала ему. После этого психолог более детально обследовал привычки мальчика и отметил, что ему не позволялось ничего делать, кроме того, что планировала мать.

- *Зависит от ситуации:* родители скорее отзывчивы на сигналы со стороны детей, а не навязчивы и невосприимчивы.
- *Совместны:* оба родителя являются активными участниками взаимодействий и вместе строят или *исправляют* свое общение, для восстановления оптимального и комфортного уровня активации.
- *Эмоционально созвучны:* родители способны идентифицировать *тон* эмоционального состояния ребенка и отреагировать соответственно.

Все это зависит от способности опекуна проявлять эмпатию и *настраиваться на эмоциональное состояние ребенка*. Это требует, чтобы родители прислушивались к своему собственному опыту и внутреннему состоянию и признавали своего ребенка *существом несущим опыт* и скорее *поддерживали* его, а не *делали что-то для* него. Это также известно, как способность к рефлексии или ментализации.

### Способность к рефлексии или ментализации

Под способностью к ментализации или рефлексии подразумевают понимание поведения в соотношении с психическим состоянием, или «мышление о мышлении» (Allen и др., 2008, стр. 3). Психическое состояние включает в себя мысли, чувства и намерения; ментализация – это «способность понимать чувства и чувствовать понимание» у самого себя и у других людей (Slade, 2005; стр. 271). Fonargy и коллеги (1991) высказали предположение, что способность родителей понимать опыт ребенка связана с передачей безопасной привязанности между поколениями (Slade и др., 2005).

Существуют формальные методы оценки способности к рефлексии, например, Интервью оценки развития для родителей (Parent Development Interview или PDI (Slade, 2005)). Что касается клинической оценки, главное внимание уделяется способности родителей брать в расчет перспективу ребенка, понимать, что он обладает индивидуальным опытом. Дети подвергнуты высокому риску плохого обращения, если родители постоянно неправильно воспринимают или интерпретируют их поведение (Howe, 2005).

### Полуструктурированная оценка игр

Некоторые службы для оценки взаимоотношений между родителями и ребенком пользуются структурированными или полуструктурированными процессами. Примером может быть Модифицированная процедура Кроуэла (Crowell и Feldman, 1988), которая была разработана для детей в возрасте от 12 до 60 месяцев, и требует около 30 – 45 минут для ее выполнения. Одного из родителей просят провести ряд действий с ребенком. Обычно они включают задания: поиграть так «как если бы вы были дома» (свободная игра); позволить ребенку лидировать в игре; попросить ребенка убрать; поиграть с мыльными пузырями, решить серию головоломок или задач по решению проблем, а также кратковременная сепарация/воссоединение. В конце опекуна просят сказать, насколько поведение ребенка соответствует тому, что обычно происходит дома. Цель этой оценки – использовать наблюдение за взаимодействиями между опекуном и ребенком в серии разных задач как один из способов идентификации сильных и слабых сторон в их взаимоотношениях. Внимание концентрируется на решении проблем, играх и получении удовольствия, а также на неформальной оценке привязанности. Такая оценка предоставляет возможность наблюдать настойчивость детей, использование опекунов в качестве поддержки, их способности и готовности просить о помощи, их тонкие и общие двигательные навыки, а также уровень наслаждения, лёгкости и удовлетворения при взаимодействиях. В равной степени важное значение имеет как качество и характер поведения каждого из участников и их взаимодействия, так и способность переходить от одной задачи к другой (например: Испытывают ли на самом деле дети трудности при смене одного вида деятельности на другую? Ограничен ли у них объем внимания? Сотрудничают ли они при требовании убрать? Насколько понятно в действительности родители общаются со своими детьми?). То, как дети используют опекуна для получения поддержки при переходе от одного вида деятельности к другому, а также при сепарации и воссоединении, особенно важно, поскольку такие изменения являются умеренными стрессорами для детей младшего возраста. Более обширное обсуждение использования методов наблюдения при оценке можно найти у Aspland и Gardener, 2003, Crowell 2003; Crowell и Feldman, 1988; Miron и др., 2009.

Всесторонняя оценка основывается на понимании задач развития данного периода и изучения взаимоотношений между опекуном и ребенком. Такая оценка включает в себя:

- Интервью по клинической оценке
- Изучение взаимодействия между родителями и ребенком и их взаимоотношений
- Оценку развития ребенка

Родители младенцев и детей дошкольного возраста часто беспокоятся по поводу задержки развития и нарушений поведения, относящихся к расстройствам аутистического спектра (Autism spectrum disorders (ASDs)). Об этом также важно помнить клиницистам, для того, чтобы распознавать ранние признаки ASD; те дети с ASD, у которых эти расстройства диагностировались рано и которые участвовали в соответствующих программах помощи, добивались значительно лучших результатов. (Johnson и др., 2007). Американская педиатрическая академия (American Academy of Pediatrics) располагает ресурсами, помогающими педиатрам в выявлении и оказании помощи детям с ASD.



## ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ

Оценка развития там, где это уместно, может быть частью терапевтического вмешательства. Для такой оценки могут быть использованы разнообразные методы, в зависимости от ее цели, умений и навыков клинициста, а также проблем и потребностей семьи. Включение в этот процесс родителей дает им возможность получить полезную информацию о способностях и потребностях их ребенка, а также позволяет клиницисту увидеть, как родители пользуются этой информацией. Целесообразность оценки развития может проистекать из анамнеза и наблюдения за ребенком, равно как из результатов использования оценочных шкал и вопросов, таких как отмеченный ранее – «Возраст и стадии развития».

### Проведение оценки развития

#### Общие принципы

- Вначале, как и в случае с другими оценками, спросите у родителей, какую они хотели бы получить информацию. Это помогает построить взаимопонимание, и показывает семье, что процесс полезен в первую очередь ребенку и им. Уважение к требованиям родителей на этом этапе может позволить обсуждение более тонкой и сложной информации на более поздних стадиях.
- Создайте ребенку безопасную и уютную окружающую среду.
- Оценивайте оптимальный уровень функционирования младенцев и то, что они могут достичь с поддержкой.
- Используйте одного или обоих родителей (в общей комнате в случае младенцев, и за односторонним зеркалом для более старших детей) в процессе оценки умений, интересов, поведения и адаптационных способностей их детей.
- Отдавайте себе отчет о возможности культуральных различий, принимайте их во внимание и относитесь к ним с уважением.

К некоторым из инструментов, используемым для оценки развития относятся:

- Шкала оценки поведения новорожденных (Neonatal Behavioural Assessment Scale (NBAS) (Brazelton и Nugent, 1995)). NBAS была разработана для фиксирования ранних поведенческих реакций младенцев на окружение, до того как их поведение начнет формироваться под влиянием ухода со стороны родителей. Brazelton и Nugent считают, что ребенок одновременно компетентен и сложно организован, и является активным участником во взаимодействии с опекунами. Такая оценка помогает понять сторону младенца в этом взаимодействии.
- *Шкалы развития младенцев Бейли* (Bayley Scales of Infant Development (BSID)) (Bayley, 1993). Используется для детей в возрасте от 1 до 42 месяцев и предоставляет информацию о развитии речи ребенка, навыков решения проблем, тонкого и грубого моторного развития, внимания, социального

функционирования, аффекта и эмоций, а также качество движений ребенка и управления движениями.

- Шкала интеллекта Векслера для дошкольников и младших школьников (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)), (Wechsler, 2002). Нейропсихологическая оценка, которая может быть полезна для детей, начиная от 30-месячного возраста и старше. Эта шкала оценивает понимание речи ребенком, его восприятие, способности к организации и быстрой обработке информации, предоставляя клиницисту возможность оценить перспективу развития интеллекта ребенка.
- Шкалы адаптивного поведения Вайнленда (Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al, 1984)). Интервью для родителей, позволяющее получить информацию об адаптивном поведении ребенка в ситуациях реальной жизни, охватывая области навыков повседневной жизни, коммуникации, социализации, моторного функционирования и поведения с нарушениями адаптации.

## ФОРМУЛИРОВКА

Цель оценки заключается в том, чтобы понять, почему именно *эта семья* встала перед *этой проблемой* и в *этот момент времени*, и какие преграды или препятствия не дают им решить их проблемы без профессиональной помощи. Эта информация служит основой для так называемой *формулировки*. Формулировка представляет собой интегративное утверждение, предоставляющее этиологическое понимание проблемы и факторы, способствующие возникновению проблемы. Она может принимать разные формы, но в идеале включает в себя анализ биопсихосоциальных факторов. Такое обобщение предопределяет разработку всестороннего плана оказания помощи. В другом понимании формулировка – это идентификация полученной во время проведения оценки информации и систематизация ее в, так называемые, 4Р.

В идеале, в процессе оценки семья и клиницист со временем приходят к новому общему пониманию (утверждению) значения и природы присутствующих трудностей, а также пути продвижения вперед. Разработка вмешательства и ожидаемый прогноз требует, чтобы клиницист установил и принял в расчет защитные факторы и ресурсы, на которые можно опереться.

**4 Р** – один из методов обобщения способствующих проблеме факторов:

- **Predisposing (предрасполагающие)**  
Что сделало эту семью уязвимой?
- **Precipitating (ускоряющие)**  
Почему они пришли именно сейчас?
- **Perpetuating (стабилизирующие)**  
Что препятствует улучшению?
- **Protective (защитные)** Какие мы можем идентифицировать сильные стороны у ребенка, его семьи, в его социальном и культурном контекстах, и построить на них наше терапевтическое вмешательство?

Симптомы, вызывающие беспокойство у детей раннего детского возраста:

- Очень частые приступы гнева
- Отсутствие приступов гнева, слишком спокойный и уступчивый
- Инверсия ролей:  
– контролирующий и наказывающий  
– компульсивная забота
- Самоуспокаивающийся, мастурбирующий
- Причиняющий себе вред, бьющийся головой
- Стойкий регресс, потеря навыков пользования туалетом, более прилипчивый
- Стойкое раннее развитие и ускоренное созревание (маленький взрослый).
- Проблемы, встречающиеся у дошкольников и дошкольников более подробно обсуждаются у Liby (2006) и Banaschewski (2010).

### Роль диагноза

В тех случаях, когда это возможно, установление диагноза способствует более сложным формулировкам. Например, диагноз может помочь клиницисту решить какое лечение наиболее подходит для пациента. Это также может облегчить общение между разными специалистами, оказывающими ребенку помощь. С этой целью, были приложены усилия для того, чтобы разработать детальную диагностическую классификацию психиатрических проблем у младенцев, дошкольников и дошкольников. Наиболее важными среди доступных на сегодня систем являются: Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детском возрасте (Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3R) (Zero to Three, 2005)) и Исследовательские диагностические критерии для дошкольного возраста (Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003)).

## ОЦЕНКА РИСКА В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Существуют разные степени и типы рисков, колеблющиеся в пределах от физических заболеваний или недостатков у младенца до рисков, ассоциирующихся с жестоким обращением с детьми и невыполнением в отношении них родительских обязанностей. Равно как преждевременные роды и соматические заболевания, к факторам, представляющим риск для развития детей, относятся: темперамент ребенка, проблемы с привязанностью, психические заболевания родителей, подверженность насилию, социально-экономический статус, бедность и рождение детей в подростковом возрасте (Zeanah et al, 1997).

Здесь внимание сфокусировано на оценке риска в пределах опекунских взаимоотношений. Когда один из родителей или оба страдают психическими заболеваниями, имеют в анамнезе злоупотребление психоактивными веществами или ситуация дома не безопасная, необходимо также оценить риск (склонности к самоповреждениям или насилию) у опекунов ребенка. Если опекун подвержен риску, то ребенок тоже подвергается непрямому риску из-за того, что опекунские взаимоотношения занимают центральное положение в благополучии ребенка. Таким образом, домашнее насилие, даже при отсутствии насилия, направленного непосредственно на ребенка, представляет собой существенный риск для развития ребенка. Необходимо также рассмотреть совокупное влияние множественных факторов риска на развитие ребенка (Appleyard et al, 2005).

### Виды риска

В целом, риск можно определить как вероятность возникновения какого-либо события, включая и связанную с ним потерю или выгоду. В этом контексте (развитие младенца и защита ребенка) оценка риска не свободна от культурных и моральных суждений. При прогнозировании риска в вопросах защиты детей,

**Таблица А.4.3 Признаки, свидетельствующие о том, что младенец/ребенок возможно подвержен физическому, психологическому или связанному с развитием риску**

У младенца/ребенка	У родителей	В контексте
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие роста</li> <li>• Не достигает ожидаемых этапов</li> <li>• Слишком активный или легковозбудимый</li> <li>• Слишком тихий и замкнутый</li> <li>• Явно агрессивный в преддошкольном возрасте</li> <li>• Не удовлетворяет базовые потребности</li> <li>• Инверсия ролей или заботы в отношении родителей</li> <li>• Проблемы с регулированием эмоций</li> <li>• Необъяснимые кровоподтеки или повреждения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неспособность, как распознавать потребности ребенка, так и выделять главное</li> <li>• Нелеченные или недостаточно леченные психические расстройства или зависимости от психоактивных веществ</li> <li>• Недостаток понимания или отсутствие контактов с лечебными учреждениями</li> <li>• Ребенок, вовлеченный в бредовую систему одного из родителей</li> <li>• Невосприимчивость к потребностям ребенка и поступающим от него сигналам (эмоционально недоступный)</li> <li>• Мысли о самоповреждениях или страх причинить вред ребенку</li> <li>• Страх по отношению к младенцу, игнорирование его плача</li> <li>• Запугивающее или устрашающее поведение, грубое обращение с ребенком</li> <li>• Враждебное или негативное отношение («он выводит меня из себя»)</li> <li>• Нереалистичные ожидания относительно развития</li> <li>• Отсутствие навыков воспитания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие других и создающих благоприятные условия взрослых</li> <li>• Значительная культурная или социальная изоляция</li> <li>• Минимальная социальная поддержка</li> <li>• Домашнее/семейное или общинное насилие</li> <li>• Множественные социальные факторы риска (например, отсутствие постоянного места жительства, переезд с места на место)</li> <li>• Хронический стресс</li> </ul>

Разработано совместно группой авторов, в которую вошли Nicholas Kowalenko, Sarah Mares, Louise Newman, Anne Sved Williams, Rosalind Powrie, и Karin van Doesum.

Родители Рейни регулярно употребляли алкоголь и наркотики после ее рождения и, вполне вероятно, что и во время беременности матери. Они пренебрегали своими родительскими обязанностями и жестоко обращались с ней. Между родителями также имело место выраженное насилие. Рейни забрали от родителей в возрасте 11 месяцев после необъяснимого перелома ноги. На тот момент она была меньше своих сверстников и немного запаздывала в достижении соответствующих ее возрасту этапов развития. Она была помещена в семью старших родственников, которые хорошо о ней заботились, и ее созревание и развитие восстановилось.

Когда Рейни исполнилось 2,5 года, у одного из ее опекунов диагностировали рак, и она была возвращена к родителям. Наступил следующий период подверженности насилию и плохого обращения. Рейни снова вернулась в приемную семью в возрасте 3,5 лет. Ее опекуны сообщали о частых вспышках гнева, она часто царапала себя и разбивала голову. Рейни воровала еду и прятала ее, а также была неразборчива в социальном плане, привязываясь к относительно незнакомым людям, взбираясь к ним на колени и крепко держась за руки. Она «становилась бледной», когда ее ругали или делали замечания или когда рядом кто-то громко шумел, особенно если это был крик или спор.

Проблемы Рейни можно расценить как стратегии выживания, которые сформировались у нее в ответ на жестокое обращение с ней и заброшенность в детстве. Ее поведение начало возвращаться к норме после нахождения в безопасной и любящей домашней обстановке, но она оставалась повышенной чувствительной к шуму и имела проблемы со сном, питанием и регулированием своих эмоций.

присутствует высокая степень неопределенности, что неизбежно приводит к чувству тревоги даже у очень опытного клинициста, работающего в этой сфере.

В этом контексте можно выделить несколько разных видов риска:

- Риск для непосредственной физической и эмоциональной безопасности ребенка.
- Риск для оптимального развития ребенка. Это подтверждает важность раннего опыта для отдаленных последствий. Могут присутствовать генетические, внутриутробные и физические факторы, такие как различные заболевания.
- Непрямой риск, такой как частое отделение от родителей, которые госпитализируются по поводу психических или соматических заболеваний. Психиатрические проблемы у родителей являются очень значимым фактором риска.
- Совокупный риск имеет место тогда, когда ребенок и семья подвержены воздействию сразу нескольких факторов риска. Например, преждевременно родившийся ребенок у матери одиночки с наркотической зависимостью и отсутствием поддержки со стороны семьи явно подвержен более серьезному риску, чем недоношенный младенец с подобными медицинскими и биологическими факторами риска, родившийся в полноценной семье с адекватной финансовой и практической поддержкой.

Более выраженными рисками являются те, которые влияют в течение длительного периода. Например:

- Постоянное пренебрежение родительскими обязанностями.
- Длительная нестабильность, особенно в личной и социальной обстановке семьи.
- Подверженность влиянию расстройства личности или дисфункции у родителей и постоянным психиатрическим проблемам.
- Постоянная враждебность по отношению к ребенку.

### **Последствия плохого обращения**

У детей, с которыми обращались жестоко или не уделяли им необходимого внимания, могут наблюдаться эмоциональные и поведенческие последствия, которые в свою очередь могут значительно усложнять уход за ними. Например, травмированные дети могут какое-то время продолжать демонстрировать реакции избегания или дезорганизованное поведение после помещения в безопасное окру-

мированные дети могут какое-то время продолжать демонстрировать реакции избегания или дезорганизованное поведение после помещения в безопасное окру-

жение приемной семьи. Жестокое или пренебрежительное обращение с детьми может иметь отдаленный эффект на их способность понимать свои чувства и взаимоотношения. Дети с повреждением мозга в результате травмы головы могут иметь длительно сохраняющиеся соматические и эмоциональные симптомы, следовательно осуществлять уход за ними становится особенно трудно и требует напряжения сил. Это ставит перед родителями (в том числе и не родными или приемными) трудные задачи, которые могут оказаться для них неожиданными, и требуют от них проявить больше терпения или настойчивости, чем в случае менее травмированных детей.

У младенцев, которые находятся в ситуации высокого риска, с большей вероятностью будут формироваться небезопасные или дезорганизованные взаимоотношения привязанности с их опекунами. Существуют доказательства того, что дезорганизованная привязанность в младенчестве связана с эмоциональными и поведенческими проблемами в детстве, подростковом возрасте и взрослой жизни. Поэтому, несмотря на то, что младенцы могут не подвергаться прямому физическому риску, непредсказуемая, пренебрежительная или нестабильная опекунская среда представляет угрозу для их социального и эмоционального развития. При невыполнении обязанностей в отношении ребенка, хроническая невосприимчивость к его физическим и эмоциональным потребностям может иметь глубокие последствия для его развития, но такое обращение с ребенком бывает гораздо сложнее выявить, чем явное жестокое обращение. К сожалению, многие подверженные риску младенцы страдают как от игнорирования, так и от одновременно жестокого и пренебрежительного обращения с ними.

## РИСК

- Риск может быть выявлен в индивидуальных особенностях, в опекунских взаимоотношениях и в социальном контексте
- Оценка подразумевает взвешивание факторов риска и защитных моментов
- Самое большое влияние на развитие оказывают совокупные риски, особенно если они воздействуют длительное время
- Оценка риска требует изучения анамнеза, наблюдения за взаимодействиями и получение информации из разных источников.

## РИСК

### В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

- Существуют разные степени риска
- Факторы риска могут быть совокупными – редко существует прямая корреляция между одним фактором риска и последующими проблемами в развитии. Существует прямая корреляция между количеством факторов риска и их влиянием на развитие
- Риск может быть прямым и непрямым
- Риск может угрожать непосредственной физической безопасности или к длительному психологическому развитию

## ВОСПИТАНИЕ И СПОСОБНОСТЬ К ВОСПИТАНИЮ

Со временем было предложено много определений воспитания и способности к воспитанию (Jones, 2001; Reder и др., 2003). Ключевыми элементами воспитания по определению Hoghugh (1997), являются:

- *Забота*: удовлетворение потребностей ребенка в физическом, эмоциональном и социальном благополучии и защита его от болезней, вреда, несчастных случаев и насилия, которых можно избежать
- *Контроль*: установление и обеспечение соблюдения надлежащих рамок
- *Развитие*: реализация потенциала ребенка в разнообразных сферах.

Для того, чтобы быть успешными родителями нужны знания, мотивация, ресурсы и возможности.

### **Способность к воспитанию**

Способность к воспитанию можно описать, как способность распознавать меняющиеся физические, социальные и эмоциональные потребности ребенка с учетом особенностей развития и брать на себя ответственность за это. Способность к воспитанию определяется:

- *Факторами, имеющими отношение к родителям* (и взаимоотношениям «родители-ребенок»), включая их родительские модели и понимание ими их роли, и способность понимать эмоциональные и психологические потребности их младенца
- *Факторами, имеющими отношение к ребенку* (и взаимоотношениям «ребенок-родители»)
- *Контекстуальными источниками стресса и поддержки* (и взаимоотношениями в контексте семьи) (Reder et al, 2003).

Недавно определили относительный вес каждого из приведенных выше факторов или сделана попытка выяснить, на чем в них необходимо сделать акцент, при изучении риска для младенцев и детей раннего возраста. Donald и Jureidini (2004) утверждают, что оценка способностей к воспитанию должна преимущественно концентрироваться на способности или потенциале родителей к эмпатическому, сфокусированному на ребенке воспитанию; другими словами на «адекватности эмоциональных взаимоотношений между родителями и ребенком», в особенности «на способности родителей к эмпатии». Они описывают факторы, имеющие отношение к ребенку, социальному контексту или взаимоотношениям как «модулирующие эффекты», воздействующие на главную область способности к воспитанию. Несмотря на то, что их подход не проверяется на практике, польза его в том, что он фокусирует внимание клиницистов на качестве взаимоотношений и значении потенциала родителей в формировании адекватных эмоциональных взаимоотношений с ребенком. Их мнение примыкает к растущему числу публикаций, в которых способность родителей к рефлексии рассматривается как ключевой фактор, опостредующий риск. Farnfield (2008) предложил теоретическую модель оценки воспитания, выделяя семь ключевых измерений и целый ряд модифицирующих переменных. В данной модели использована экологическая схема, основанная на теории привязанности и системном подходе, в соответствии с которой, первым ключевым измерением воспитания является история родителей о том, как их воспитывали.

### **Способность к изменению**

Необходимую, но вместе с тем, сложную задачу представляет оценка способности родителей к изменению в ситуации, когда был выявлен риск в отношении младенца или системы опеки, или имеет место жестокое либо пренебрежительное отношение.

Например, мама-подросток не способна помочь младенцу в организации режимов сна, прогулки, питания и игр. Младенец не набирает необходимый вес, становится капризным и беспокойным. Этой матери не хватает адекватной инфор-

мации о развитии младенцев, но во всем остальном она мотивирована и обладает достаточными ресурсами для удовлетворения потребностей ребенка. Поддержка и обучение может снизить риск для этого младенца, позволяя ему преуспевать в развитии. Однако если у родителей отсутствует мотивация, то в таком случае предоставления информации и ресурсов будет недостаточно для того, чтобы защитить младенца от последствий недосмотра.

Возобновление жестокого обращения происходит в 25 – 50% семей в Соединенном Королевстве в случаях, когда детей возвращают их родителям после того, как их у них забирали по причине жестокого или пренебрежительного обращения (Reder, 2003). Сложности с определением, когда необходимо обеспечить заботу и обучение или когда необходимы защита и контроль (ограниченное окружение), характерны для родителей с плохим обращением в анамнезе. Такое обращение может влиять на их способность адекватно воспитывать и пользоваться доступными ресурсами и вспомогательными службами.

Вопросы о необходимости незамедлительной или продолжительной безопасности младенца или опекуна необходимо ставить открыто и прямо перед опекунами и направившим учреждением. За этим должно последовать соответствующее вмешательство и начнется процесс мониторинга непрерывной безопасности и благополучия всех членов семьи. Там, где это возможно, это включает формирование сети поддержки для уязвимых семей и оценку их способности пользоваться этими услугами и новыми взаимоотношениями для того, чтобы воспитывать безопасно и эффективно, размышлять над прошлым опытом и отдавать преимущество потребностям их детей в заботе и защите.

#### **ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСТОЙЧИВОСТИ РЕБЕНКА**

(Ferguson и Horwood, 2003;  
Sameroff и др., 2003)

- Хорошо функционирующий родитель или другой взрослый, осуществляющий уход
- Социальная поддержка
- Профессиональное вмешательство, когда это показано
- Последовательность в других взаимоотношениях и действиях
- Обладание навыками или талантами



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка семей с младенцами и детьми раннего возраста происходит в очень разных контекстах и по совершенно разным причинам. Несмотря на это, всесторонняя оценка должна всегда проходить с учетом взаимоотношений и развития, а также включать в себя рассмотрение как сильных, так и слабых сторон, которые родители и их дети принесли в свое окружение. Необходимо также обращать внимание на биопсихосоциальные факторы, которые помогают или мешают семье в этот период быстрых изменений в развитии.

Рабочий альянс между семьей и клиницистом помогает в любом из предложенных вмешательств. Вопросы о необходимости незамедлительной или продолжительной безопасности младенца или опекуна необходимо ставить открыто и прямо перед опекунами и направившим учреждением. За этим должно последовать соответствующее вмешательство, и начаться процесс мониторинга непрерывной безопасности и благополучия всех членов семьи.

Любая оценка ребенка раннего возраста включает в себя анализ риска. Понятие риска в младенческом и раннем детском возрасте сложное и многофакторное. Оно включает в себя рассмотрение прямого риска безопасности ребенка и родителей, влияния одиночных и сочетанных факторов риска и понятие риска, связанного с развитием и психопатологии, являющейся следствием влияния неблагоприятной обстановки. Уязвимость и зависимость детей раннего возраста от наличия их опекунов означает, что риск всегда необходимо рассматривать в контексте опеки, и что угроза безопасности одного из родителей или обоим неизбежно влияет на благополучие ребенка.

Риск повышается всякий раз, когда потребности ребенка перевешивают способность опекунов удовлетворить их. Как описано выше, это может происходить из-за влияния факторов, имеющих отношение к самому ребенку, системе опеки (родители) или социальному контексту, и наибольшему риску подвержены те дети и семьи, которые уязвимы во всех трех сферах.

Ситуации высокого риска неприятны для всех, кто имеет к ним отношение, особенно в тех случаях, когда клиницист вынужден рекомендовать забрать ребенка из дома. Центральное место в адекватной оценке риска занимают: тщательное изучение анамнеза, оценка последовательности предоставленного анамнеза, наблюдение за взаимодействием между ребенком и опекуном (опекунами), а также подтверждающий анамнез. Это дает гарантию, что решение основано на надежной информации, полученной из разных источников, и принято исходя из наилучших интересов ребенка и семьи.