

ПЛОХОЕ ПРИБАВЛЕНИЕ В ВЕСЕ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЯ В ВЕСЕ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Astrid Berg

Мать в первую очередь беспокоится о том, сможет ли она поддержать жизнь ее растущего ребенка (Stern, 1995). Первоочередной задачей, которую хотелось бы успешно выполнить всем родителям, является кормление младенца и наблюдение за его развитием. Большинство матерей желают своим детям только самого наилучшего. Ребенок, в свою очередь, обладает врожденной потребностью продвигаться вперед, расти и прогрессировать – дети должны успешно развиваться. К сожалению, в мировом масштабе это основное право недоступно многим младенцам. Когда что-то не получается, когда по какой-либо причине развитие ребенка затруднено, это становится серьезной и основательной проблемой для его родителей. Стоит поразмыслить над значением термина «плохое прибавление в весе», используемого для обозначения такого состояния – не наводит ли он на мысль, что отчасти ответственность лежит на том, кто ухаживает за ребенком? Может ли он быть несправедливым по отношению к родителям? Может быть, в будущем мы будем считать «отклонения в весе» более подходящим, менее уничижительным термином для обозначения такого состояния.

В раннем детстве кормление значительно варьирует, и связанные с ним проблемы достаточно распространенное явление, затрагивающее около 30% младенцев. Тем не менее, расстройства питания все еще плохо изучены. Причины проблем с питанием у младенцев малоизвестны, мультифакторны и находятся на стыке педиатрии и психиатрии, хотя всегда необходимо исключать физические причины.

Исследования показали, что в развивающихся странах дети до пяти лет не реализуют полностью свой потенциал из-за подверженности воздействию множественных факторов. Бедность в целом играет центральную роль в психическом здоровье взрослых (Lund C et al, 2010), но особенно это важно для детей самого младшего возраста. Недостаточность питания в раннем возрасте оказывает серьезное влияние на развитие мозга (Grantham-McGregor et al, 2007), что в свою очередь может отражаться на способностях ребенка к обучению, и на успеваемости в школе. Длительное неблагоприятное влияние плохого прибавления в весе на когнитивные способности нельзя

недооценивать; по результатам оценок это может привести к снижению IQ на 4 балла (Corbett & Drewett, 2004).

Медицинским работникам, работающим с младенцами и детьми, важно знать, что недостаточность питания – это не просто проблема неправильного приема пищи или соматическое заболевание, но может также быть признаком неблагополучия во взаимоотношениях между матерью и ребенком. Термин вскармливание в действительности подразумевает, что важной частью приема пищи в раннем детстве являются двусторонние взаимоотношения – тонкое взаимодействие между матерью и ребенком (Chatoor, 2002). Несмотря на то, что Всемирная организация здравоохранения признает важность стимуляции для детей младшего возраста, недостаточный акцент сделан на центральном положении взаимоотношений между опекуном и ребенком в ситуации кормления.

В этой главе главное внимание сфокусировано на том, как отдать приоритет взаимоотношениям между опекуном и ребенком в контексте условий первичной медицинской помощи в такой развивающейся стране как

Южно-Африканская Республика. Здесь описаны категории, определяющие разнообразные причины колебания веса. На всем протяжении будет идти речь о детях в возрасте до 12 месяцев, не забывая о том, что последствия ранних проблем распространяются далеко за пределы первого года жизни. Слово «мать» используется для обозначения взрослого человека, являющегося главным опекуном и выполняющего традиционные «материнские» функции. Это не исключает таких, ухаживающих за ребенком, лиц, как отцы, бабушки и дедушки, работники детских садов и приемные родители.

ВСКАРМЛИВАНИЕ

Термин «вскармливание» подразумевает двусторонние взаимоотношения, тонкое взаимодействие между матерью и ребенком в ситуации кормления.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Плохое прибавление в весе можно рассматривать как широкий описательный термин, который подразумевает отставание в росте, связанное с недостаточностью питания. Термин плохое прибавление в весе часто применяется в клинической практике для обозначения, что текущий вес или показатель прибавления в весе значительно ниже ожидаемого для ребенка его пола и возраста. Не существует точного и общепринятого показателя для диагностики данного состояния; большинство практикующих врачей диагностируют плохое прибавление в весе, когда вес ребенка определенного возраста опускается ниже пяти перцентиль относительно стандартной карты роста (см. Приложение В.2.1). Несмотря на то, что когда-то плохое прибавление в весе было подразделено на органическое и неорганическое, в настоящее время оно считается результатом взаимодействия между окружающей средой и состоянием здоровья ре-

Плохое прибавление в весе можно рассматривать как широкий описательный термин, применяемый в отношении младенцев и детей дошкольного возраста, которые испытывают трудности с формированием регулярных паттернов питания и не достигают ожидаемого веса.

бенка, развитием и поведением (Gahagan, 2006). Успешное питание необходимо не только для физического выживания ребенка, но также тесно связано с его общим развитием.

Классификационные системы DSM-IV-TR и DC 0-3R

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) определяет «расстройства кормления и питания в младенчестве и раннем детстве» как стойкое нарушение нормального питания, приводящее к выраженной неспособности набирать вес или значительному снижению веса на протяжении не менее месяца, и не связанному с какими-либо желудочно-кишечными или другими общемедицинскими состояниями. Однако это определение можно считать ограниченным, так как оно не включает подкатегории или подгруппы, явно наблюдаемые при работе с детьми раннего возраста, демонстрирующими колебания веса.

В диагностической классификации DC0-3R – *Diagnostic Classification: Zero to Three Revised Edition (Zero to Three, 2005)* эта проблема откорректирована и использованы категории, первоначально предложенные Chatoor (2002). В соответствии с DC0-3R, *расстройство пищевого поведения* может быть диагностировано в случае, если младенец или не начавший ходить ребенок испытывает трудности в установлении регулярных паттернов питания. Как уже отмечалось ранее, прием пищи на этой ранней стадии жизни – это не изолированная деятельность, а неотъемлемая часть взаимоотношений между ребенком и опекуном. Описаны четыре стадии расстройства пищевого поведения – они становятся очевидными при прохождении специфических фаз развития от первых недель жизни и до того момента, когда ребенок начинает ходить:

- *Пищевое расстройство регулирования состояния.* Проблемы с кормлением становятся очевидными в неонатальный период. Новорожденные должны достичь состояния спокойной готовности для успешного кормления. Восприимчивые младенцы могут испытывать трудности с достижением такого состояния спокойной готовности, но подготовленный опекун в состоянии помочь своему новорожденному достичь оптимального состояния для кормления и сохранить его. Однако если мать подавлена или находится в состоянии депрессии, то она не сможет в полной мере помочь своему ребенку достичь такого состояния спокойной готовности.
- *Пищевое расстройство взаимодействия младенец-воспитатель.* В период от двух до шести месяцев младенец начинает активно взаимодействовать с опекуном. Признаками этой фазы, которую Daniel Stern назвал «в наибольшей степени исключительно социальным периодом жизни», становятся: взаимные голосовые коммуникации, зрительный контакт и физическая близость (Stern, 1985). Таким образом, следует ожидать, что если опекун не способен реагировать на сигналы младенца, то это может отрицательно повлиять на кормление. В соответствии с Chatoor (2002), таких младенцев можно назвать «заброшенными», так как их матери часто страдают психическими заболеваниями, такими как аффективные расстройства и зависимость от психоактивных веществ. Из-за беспорядка

в голове они не способны адекватно настроиться на сигналы, поступающие от младенцев. Тем не менее, такая связь между тяжелыми психическими расстройствами и пищевым расстройством взаимодействия младенец-воспитатель может быть более характерна для развитых стран. В странах с низким и средним экономическим развитием патологические отклонения у матерей часто носят более реактивный характер – реактивный по отношению к тяжелым стрессовым ситуациям, с которыми им приходится сталкиваться ежедневно. Эти трудности становятся причиной постоянной озабоченности и депрессивного аффекта, которые в свою очередь приводят к снижению восприимчивости к сигналам, поступающим от ребенка, и, таким образом, вызывая пищевое расстройство взаимодействия.

- *Анорексия младенцев.* Это расстройство проявляет себя в возрасте от шести месяцев до трех лет. Chatoor (2002) связывает его возникновение с проблемами фазы развития – «отделение-индивидуализация», описанной Margaret Mahler (1972). Если посланные ребенком сигналы не были поняты и требования комфорта были удовлетворены кормлением, младенец путает голод с эмоциональными переживаниями и обучается есть или не есть в ответ на негативные чувства. Таким образом, прием пищи может стать причиной конфликта, приводя к тому что кормление регулируется извне родителями. Это вызывает чрезмерную тревогу у родителей, которые могут прибегать к чрезвычайным мерам для того, чтобы уговорить ребенка поесть.
- *Сенсорное отвращение к пище.* Это становится заметным, когда ребенок переходит от детского питания к приему пищи за столом. Такие дети очень восприимчивы к разнообразным сенсорным стимулам и могут реагировать на вкус, структуру, запах и внешний вид определенных продуктов. Они могут демонстрировать реакцию отвращения при попытках положить им в рот определенные продукты, и в целом с большой неохотой пробуют новые продукты, что часто приводит к ограниченной диете.

Мы не будем рассматривать здесь *пищевые расстройства, связанные с сопутствующими медицинскими проблемами* и *пищевые расстройства, связанные с поражением желудочно-кишечного тракта*, поскольку они не связаны с определенными стадиями развития и могут встречаться в любом возрасте.

ПЛОХОЕ ПРИБАВЛЕНИЕ В ВЕСЕ, ПРИВЯЗАННОСТЬ И МАТЕРИНСКАЯ ВОСПРИИМЧИВОСТЬ

В DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) *задержка развития* была включена в диагноз – *реактивное расстройство привязанности*; однако к моменту выхода в 1987 году DSM-III-R (American Psychiatric Association) связь между плохим прибавлением в весе и реактивным расстройством привязанности была устранена (Boris & Zeanah, 2005). Последующие исследования показали, что большинство детей с плохим прибавлением в весе не соответствуют критериям диагностики реактивного расстройства привязанности. Irene Chatoor с коллегами (1998)

пришли к выводу, что проблемы с питанием и задержки роста могут возникать в контексте организованных и безопасных взаимоотношений привязанности. Тем не менее, широкая связь между плохим прибавлением в весе и взаимоотношениями между матерью и ребенком может быть легко установлена, даже если не удовлетворяются критерии диагностики расстройств привязанности.

ТРАДИЦИЯ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ В МОЗАМБИКЕ: MADZAWDE

Ранее считалось, что сразу же после рождения ребенок должен пройти так называемый период madzawde – в течение этого времени мать должна была кормить его грудью до двух лет, и это, безусловно, гарантировало симбиотические взаимоотношения между ней и младенцем. Мать использовала грудь для успокоения ребенка, все время носила его у себя за спиной и спала с ним вместе. Это создавало условия для оптимальной физической и психологической опеки в ранней фазе жизни. Спустя два года после рождения родители выполняли завершающий ритуал madzawde, который символизировал отделение матери от ребенка и позволял возобновление супружеских взаимоотношений. Если этот ритуал не проводился в соответствии с традициями, то это могло привести к целому ряду физических симптомов, которые могли негативно повлиять на ребенка и даже привести к смерти. Этот период и ритуал уходят корнями в культурологическое осознание потребностей ребенка в его первые годы жизни и передавались из поколения в поколение. Однако военные события в этой стране негативно сказались на способности родителей выполнять этот ритуал, и было высказано предположение, что причиной наблюдавшейся впоследствии в этом регионе протеиново-калорийной недостаточности было не столько отсутствие продуктов питания, сколько дезорганизация madzawde (Igreja, 2003).

Взаимоотношения привязанности в значительной степени строятся на способности матери настраиваться на ее ребенка. Основываясь на результатах исследования, проведенного в Уганде, Mary Ainsworth сформулировала концепцию материнской восприимчивости к сигналам младенца, которую она позже скоррелировала с безопасностью привязанности (Bretherton, 1992). Депрессивные или занятые матери, вероятно, в меньшей степени способны быстро и надлежащим образом реагировать на своих младенцев (Patel et al, 2004). Такая недостаточность восприимчивости может проявлять себя в ситуации кормления – представляющей собой главную задачу матери и главную физическую потребность младенца в первый год жизни. Таким образом, необходимо способствовать тому, чтобы матери понимали существование такой связи, и помогать им становиться более восприимчивыми к своим детям в ситуации ежедневного кормления.

ВОСПРИИМЧИВОЕ КОРМЛЕНИЕ

Диетологические рекомендации и программы первичной медицинской помощи делают акцент на конкретных практиках кормления и фактической используемой диете (Bourne et al, 2007; Bowley et al, 2007; Cattaneo et al, 2008), часто не обращая внимания на тот факт, что кормление детей младшего возраста является составным элементом взаимоотношений с опекуном. Однако следует отметить, что за последнее десятилетие значительно выросло понимание, что ребенку нужен восприимчивый опекун, в том числе и в ситуации кормления. Таким образом, была разработана и включена в научные публикации, наравне с диетологическими программами, концепция восприимчивого кормления (Bentley et al, 2011).

Подходы к кормлению детей варьируют среди родителей и опекунов – это зависит не только от социально-экономического контекста, но и от культурного окружения, в котором растет ребенок. Тем не менее, в общем, позитивные вербализации и заботливые матери ассоциируются с более позитивным отношением к приему пищи и более высокими показателями роста. Хотя в большинстве не западных культур кормление грудью является нормой, момент отнятия от груди может характеризоваться

специфическими ритуалами, и если они нарушаются, то это может приводить к отклонениям в весе (см. вставку выше).

При планировании программ диетологического вмешательства для детей раннего возраста, необходимо дать простые и основные рекомендации, которые можно легко выразить и которые не потеряют смысла в условиях разных культур. Black и Aboud (2011) сформулировали концепцию четырехшагового процесса, происходящего между опекуном и ребенком, отражающего взаимность и обоюдность, и лежащего в основе восприимчивого кормления:

1. Опекун обеспечивает и формирует контекст, который стимулирует взаимодействие – сюда можно отнести соблюдение необходимого режима, семейный уклад, ожидания и позитивную эмоциональную атмосферу.
2. Ребенок реагирует и посылает сигналы опекуну.
3. Опекун в ответ быстро реагирует, оказывая поддержку, с учетом обстоятельств и в соответствии с отвечающими стадиями развития способностями и потребностями ребенка.
4. Ребенок затем будет переживать предсказуемую реакцию.

Несмотря на то, что представленные выше шаги просты и на первый взгляд легко выполнимы, во многом все зависит от способности опекуна настроиться на ребенка и реагировать в зависимости от обстоятельств. Третий из перечисленных шагов в наибольшей степени зависит от психического состояния человека, ухаживающего за ребенком. Хронический недостаток ресурсов, не только материальных, но и отсутствие поддерживающих взаимоотношений, повышают восприимчивость людей к чрезмерному стрессу, что способствует дальнейшему истощению ресурсов (Hobfoll, 2001). Такой хронический дефицит ресурсов более распространен в странах с низким уровнем экономики и в развивающихся странах. Поэтому нет ничего удивительного в том, что задержка развития является важным звеном в цепи событий, приводящих к крайне низкому уровню образования среди детей в странах «третьего мира» (Grantham-McGregor et al, 2007).

Такие концепции, как восприимчивое кормление, помогают объяснить возможные механизмы, играющие главную роль в ситуации кормления. Тем не менее, необходимо помнить о том, что большинство родителей способны поддерживать жизнеспособность своих детей и правильно их кормить и без обучения их этому. Это знания, которые передавались из поколения в поколение, и, несмотря на используемые методы, они действовали, иначе эта особая группа человеческих существ просто не выжила бы. Слова Дэниела Штерна (2002) звучат правдоподобно: «Мать не нужно учить навыкам заботливого ухода за ребенком, в действительности их нельзя выучить, но им можно помочь раскрыться».

Таким образом, возникает вопрос – как мать, отец или другой опекун может быть настолько раскрытым, чтобы стать восприимчивым в ситуации кормления ребенка? И если сделать шаг назад, как на самом деле мы можем выявить опекунов, испытывающих трудности в таких ситуациях? Учитывая то, что таких детей могут быть миллионы в развивающихся странах, как мы сможем найти их и родителей? Один из возможных путей решения будет предложен в этой статье.

УСЛОВИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЛАДЕНЦАМ В РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ СТРАНЕ

Взвешивание младенцев и не начавших еще ходить детей при посещении клиники для проведения плановых прививок давно уже стало обычной практикой. Мониторинг роста используется как скрининговый инструмент для выявления уязвимых детей во время таких визитов. В используемой в Южно-Африканской Республике детской медицинской карточке есть диаграмма, на которой отмечен вес соответствующий возрасту, когда ребенок в плановом порядке посещает врача. Детей, у которых отмечаются отклонения от показателей, относят

к группе риска и направляют на искусственное питание. Клинический опыт показал, что отклонения в весе могут быть связаны с разнообразными социо-эмоциональными факторами, и в этот момент очень полезным может оказаться обращение за помощью к психиатрам.

Если доступны психиатрические службы, такие дети и их опекуны направляются также к врачам-психиатрам, специализирующимся в области оказания помощи младенцам. Именно перед этими специалистами будет стоять задача выяснить, способствуют ли связанные с развитием ребенка социо-эмоциональные факторы отклонениям в весе. Следует отметить, что для большинства опекунов везде, не только в развивающихся странах, утверждение, что на младенца влияют психологические факторы, такие как конфликты в семье или депрессия матери, является чем-то совершенно новым и необычным, поэтому необходимо позаботиться о том, чтобы сообщить о возможности такого влияния мягко и понятным языком (Berg, 2007). Изложенные далее шаги представляют собой практические рекомендации, которые помогут в работе с матерью младенца, имеющего отклонения в весе в условиях первичной медицинской помощи.

NB направлена в возрасте 14 месяцев в связи с проблемами отклонений в весе, которые начались, когда ей исполнилось 3 месяца. Данные анамнеза собирались от родителей и при проведении мероприятий медицинской помощи. Во время сбора сведений было замечено, что NB долго колебалась, прежде чем взять печенью, которое клали перед ней. Проходило много времени, прежде чем она тянулась к нему, а когда брала в руку, то тщательно изучала. Только после этого девочка брала печень в рот и начинала жевать. Наблюдая такую длительную нерешительность и тщательное изучение, медработник решила более детально расспросить об отлучении NB от груди. Этот момент оказался очень травматичным для матери и NB, которая в возрасте трех месяцев не была готова к отнятию ее от груди – не меньше месяца мать сражалась за то, чтобы она приняла бутылочку; у матери не было выбора, так как она должна была вернуться на работу.

Матери были даны разъяснения о чувствительности и темпераменте NB, и она согласилась с результатами наблюдений. Когда она привела девочку через две недели, ее вес увеличился с 8,3 до 9,1 кг, и мать сказала, что счастлива, что была направлена к нам.

Это краткое описание случая иллюстрирует, как много можно собрать информации, наблюдая за младенцем, и каким облегчением может быть для матери то, что ее и ее ребенка понимают и не осуждают.

Сведения общего характера о семье и ребенке

- *Необходимо добиться доверия матери.* Возможно, дома ее обвиняют в том, что ребенок плохо набирает вес, и поэтому она может злиться или быть закрытой по отношению к медработникам. Доверие устанавливается с помощью не осуждающего подхода и простого разъяснения, что очень часто проблемы с кормлением ребенка и набором веса могут быть обусловлены факторами, не связанными напрямую с приемом пищи. Такими факторами могут быть: эмоциональные проблемы матери, вызванные семейными неурядицами,

стрессовые события в жизни и тому подобное. Обычно это понятно опекунам и они охотно рассказывают о своей жизни. Кроме того, необходимо акцентировать внимание на конфиденциальности. Большинство матерей приходят из закрытых общин, где они у всех на виду, и где полно сплетен, что в результате может приводить к тому, что они не чувствуют себя безопасно, когда открыто обсуждают свои проблемы

- *Информация о структуре семьи.* Важной информацией здесь является местопребывание отца и наличие или отсутствие бабушки со стороны матери. Клинический опыт свидетельствует о том факте, что матери часто испытывают негативные чувства и мысли к отцу ребенка; это в свою очередь может способствовать тому, что мать будет отвергать младенца из-за сознательной или подсознательной ассоциации его с отцом. Ключевую роль играет поддержка бабушки со стороны матери, особенно в случае юных матерей. Традиционно, они становятся главными советчицами, и если этого не происходит по какой-либо причине, молодые матери чувствуют себя покинутыми как физически, так и эмоционально.
- Третья задача заключается в том, чтобы внимательно изучить *кривую изменения веса ребенка*, и отметить, когда он ниже нормы. В таком случае можно расспросить имели ли в этот период времени место какие-либо перемены или проблемы как у матери, так и в ее семье, происходили ли разлуки или потери. Очень важно объяснить матери какое влияние эти события могли оказать на нее и ее ребенка. Нужно также установить время отлучения от груди, так как очень часто потери веса отмечаются именно в этот период времени. Длительное кормление грудью может быть признаком сложностей с отделением и может влиять на принятие твердой пищи – это может стать началом младенческой анорексии.
- Может оказаться необходимым физическое обследование в случае обнаружения признаков неправильного формирования тела или при подозрении на наличие основного заболевания, которое может влиять на развитие. Следует обратить внимание на кожную сыпь, расщепленное небо, симптомы респираторных или кардиологических заболеваний (например, цианоз, тахипноэ), вздутие живота или органомегалию,

ОТКЛОНЕНИЯ В ВЕСЕ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Психиатрическая служба по оказанию помощи родителям и детям Кейптаунского университета расположена в детской больнице и в рамках программы социальной помощи осуществляет клиническое наблюдение за большим районом в пригороде. Детский психиатр вместе с общественным консультантом, который также выполняет функции переводчика и культурного посредника еженедельно посещают детскую консультацию. Она известна как «Центр Мдлезана».

Во многих общинах понятие «психиатрия младенцев» новое и непонятное. Несмотря на всю его важность, психическое здоровье в этих общинах, которые вынуждены ежедневно бороться за существование, не является первоочередной задачей. А психическое здоровье младенцев кажется им еще более чуждым. Необходимо найти подход, который позволил бы выявлять подвергающиеся риску диады мать-младенец и направлять их к специалистам. Кроме того, это нужно организовать так, чтобы не запугать или не оттолкнуть матерей, которые могут негативно воспринимать направление к врачу из другого учреждения и чувствовать в этом угрозу для себя и ребенка.

Со временем становится очевидным, что колебания веса могут быть сигналом о том, что не все благополучно, и что они не обязательно связаны с продовольственной нестабильностью, а вызваны снижением эмоционального реагирования матери. Вес ребенка записывается в «Карточку мониторинга веса» при каждом посещении. Во многих клиниках в случае неудовлетворительного роста назначается дополнительное питание. Однако, несмотря на это, многие дети не реагируют на такие меры, что свидетельствует в пользу высказанной ранее точки зрения, что эффективность кормления в значительной степени зависит от взаимоотношений между матерью и ребенком. Далее можно ознакомиться с буклетом, в котором изложены позиции и цели центра.

оценить сосательно-глотательную координацию, наличие признаков дисплазии, позволяющей предположить присутствие генетических заболеваний, таких как синдром Дауна. У детей с умственной отсталостью часто наблюдаются проблемы с питанием.

ЦЕЛИ И ПОЗИЦИИ ЦЕНТРА МДЛЕЗАНА

Дорогая мама!

Мы сотрудники центра Мдлезана хотим поговорить с Вами о детях. Тогда как другие люди говорят о здоровом теле ребенка, мы хотим поговорить о его и Вашем счастье.

Детям нужна не только пища, они нуждаются в любви – ее не всегда легко дать им, особенно если Вы чувствуете себя расстроенной, раздраженной и Вам тяжело на душе. Иногда мы чувствуем, что что-то не так, и тогда ребенок не приносит нам радость.

Вы должны знать, что даже новорожденные способны слышать и видеть. Они берут от окружения значительно больше, чем мы можем себе представить. Если мама не счастлива, то она не может улыбаться ребенку, когда он на нее смотрит. Если мама злится, то она не разговаривает со своим ребенком. И может случиться так, что ребенок тоже расстраивается, потому что на него не смотрят и с ним не разговаривают так, как ему это нужно. Грустный ребенок будет плохо есть, и, следовательно, будет отставать в развитии.

Мы очень серьезно относимся к первым трем месяцам жизни, потому что именно в этот период закладываются основы дальнейшего развития ребенка. Это касается не только того, будет ли ребенок счастлив или несчастлив, но и того, будет ли он способен концентрировать внимание и хорошо учиться в школе.

Мы просим Вас прийти к нам и поговорить с нами, если вы чувствуете, что что-то происходит не так между Вами и Вашим ребенком. Мы не можем предложить продукты или работу, но мы можем внимательно выслушать и дать совет. Мы гарантируем конфиденциальность, и все о чем мы будем говорить останется между нами. У нас достаточно времени и опыта, чтобы выслушать и обсудить Ваши проблемы.

Если Вы будете чувствовать себя хорошо, то и Ваш ребенок будет чувствовать себя хорошо, и будет развиваться так, как Вам бы этого хотелось. Точно так, как Вы заботитесь о физических потребностях Вашего ребенка, таких как питание и прививки, точно так же Вы должны уделить внимание эмоциональным потребностям – Вашим и Вашего ребенка.

Тем не менее, главный акцент в этой главе сделан на эмоциональной связи между опекуном и ребенком, или отсутствии таковой, и на том, что именно такая связь является определяющей во взаимоотношениях, касающихся кормления. Цель сбора информации и обсуждения аспектов жизни матери и ребенка состоит в том, чтобы дать матери возможность подумать, увидеть связь и найти смысл, и, таким образом, прийти к более глубокому пониманию того, как ее настроение и поведение влияет на ее ребенка. Это также дает матери исключительную возможность поделиться своими неприятностями с сопереживающим слушателем. Большинство опекунов понимают, что такое учреждение не может предоставить им конкретную помощь в форме трудоустройства, финансовой помощи и продуктов питания, и благодарны за возможность посещать безопасное место, где их выслушают.

Оценка ребенка и взаимоотношений ребенок-опекун

По мере сбора информации необходимо обратить внимание на то, как мать рассказывает о своих проблемах, как она берет и держит своего ребенка. Особенно важно отметить, как она взаимодействует с младенцем – понимает ли она его потребности? Умеет ли она подстроиться под то, что он делает? Преимущество такого наблюдения в естественных условиях, в отличие от использования формальных оценочных процедур, в том, что оно позволяет свободный, не связанный условиями подход.

В условиях первичной медицинской помощи и в развивающихся странах часто очень сложно использовать стандартизированные оценочные шкалы, кроме того, они требуют специальной подготовки и, в большинстве случаев, разработаны на основе исследований, проведенных на выборках в экономически развитых странах. Взаимоотношения родитель-младенец могут быть оценены с помощью Шкалы глобальной оценки взаимоотношений между родителями и ребенком (PIR — GAS) из DM0-3R (Приложение В.2.2). Для оценки эмоционального и социального функционирования ребенка можно использовать Описание способностей к эмоциональному и социальному функционированию (Description of Capacities for Emotional and Social Functioning) из той же классификационной системы (Zero to Three System (2005)) (Приложение В.2.3).

Кроме наблюдения и оценки в естественных условиях существует одна техника, которая может оказаться особенно полезной в условиях ограниченных ресурсов. Точно также как Винникот использовал игру со шпателем для оценки уровня тревоги у ребенка, можно воспользоваться печеньем для того, чтобы ближе присмотреться к поведению ребенка. Печенье кладут перед ребенком в пределах досягаемости, и наблюдают, как младенец обращается с этим новым предметом. Проявляет ли он любопытство? Пытается ли положить себе в рот? Он долго колеблется или хватается печеньем уверенно и непринужденно? Демонстрирует ли он вообще интерес? Наблюдение за тем, как младенец обращается с печеньем, представляет собой технику, подобную наблюдению за тем, как ребенок старшего возраста играет с игрушками, и является полезным дополнением к общей оценке младенцев. Ребенок, который уверенно хватается печеньем, изучает его с помощью рта и способен играть с ним, вызывает меньше беспокойства, чем

младенец, почти не замечающий нового объекта или слишком заторможен и не осмеливается взять его в руки. Такой младенец может быть физически неблагополучным, но это также может означать, что ребенок становится замкнутым, вялым и ослабленным. Так или иначе, такой ребенок требует нашего внимания (Berg, 2010).

Работа с консультантом по культуре и переводчиком

В большинстве случаев взаимоотношения по оказанию медицинской помощи в развивающейся стране, такой как Южно-Африканская Республика, происходят в присутствии третьей стороны. Ожидается, что этот человек, который может быть медсестрой или непрофессионалом в области медицины, возьмет на себя функции не только обычного переводчика, но также станет культурным посредником и ко-терапевтом. Если врач прибывает из другой культуры, то необходимо обеспечить правильный перевод. Очень важно понять культурные нормы и ценности, и если существуют расхождения между традиционной западной биомедициной и местными методами исцеления, то особое значение приобретают посредничество и разъяснения. Тесное сотрудничество врача и культурного посредника позволяет доносить информацию ясно и в уважительной форме. Клиника первичной медицинской помощи сама по себе является системой и имеет свою собственную культуру. Разумным будет по мере возможности приспособиться к ней и не восстанавливать против себя персонал, предъявляя дополнительные требования в их рабочее время.

ВЫВОДЫ

Колебания веса у младенцев являются признаком неблагополучия. Это не обязательно означает, что причиной будет недостаточное потребление протеинов и калорий, точно также это не значит, что ребенок непременно физически болен. Разумеется, оба эти фактора должны быть исключены до рассмотрения других возможных влияний. Данная глава посвящена именно таким другим воздействиям, из них наиболее важными могут быть депрессия у матери и ее озабоченность, которые могут послужить причиной невосприимчивого кормления ребенка.

Наличие места, гарантирующего конфиденциальность, в котором мать имеет возможность хорошо подумать и увидеть связь между причинами и последствиями – часто это все, что нужно для достижения понимания и схватывания сути проблемы. Таким образом, поведение матери меняется и ребенок получает предсказуемые и соответствующие стадии его развития реакции в ситуации кормления. Это не только способствует более здоровому достижению необходимого веса, но и закладывает основы для более безопасных взаимоотношений между младенцем и опекуном, и служит началом пути к психическому здоровью для всех.

ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.1

Шкала глобальной оценки взаимоотношений между родителями и ребенком

Показатели PIR-GAS в соответствии с DC: 0-3 R

91–100 Хорошо адаптированные

Взаимная удовлетворенность без длительных дистрессов или конфликтов

81–90 Адаптированные

Время от времени могут быть конфликты, но они длятся не дольше чем несколько дней; взаимодействия преимущественно двусторонние и синхронные

71–80 Неустойчивые

Некоторые аспекты общего функционирования не до конца оптимальны; ребенок и один из родителей могут переживать преходящий дистресс, длящийся до нескольких недель. Дисфункция ограничена одной сферой функционирования.

61–70 Выражено неустойчивые

Взаимоотношения натянуты, но в основном все еще адекватны. Конфликты ограничены одной или двумя проблемными зонами. Оба родителя и ребенок могут переживать дистресс и трудности на протяжении месяца и дольше.

51–60 Дистресс

Конфликт может распространяться на многие зоны функционирования, и его решение затруднено. Прогресс в развитии диады кажется невозможным, если паттерн не поменяется в лучшую сторону

41–50 Нарушенные

Проблематичные характеристики бросают тень на взаимоотношения. Дисфункциональные паттерны нельзя назвать кратковременными, и может временно замедляться прогресс в развитии

31–40 Расстроенные

Устойчивые, не способствующие адаптации взаимоотношения, очевидна их конфликтность. Существует вероятность, что это окажет неблагоприятное влияние на прогресс в развитии ребенка

21–30 Тяжело расстроенные

Взаимоотношения нарушены в выраженной степени. Сами по себе взаимоотношения становятся тяжелым дистрессом как для обоих родителей, так и для ребенка. Создается впечатление, что паттерны взаимодействия не претерпели изменений на протяжении длительного времени. Прогресс в развитии ребенка подвержен тяжелому неблагоприятному влиянию и ребенок может утратить приобретенные в предыдущих фазах развития навыки

11–20 Крайне испорченные

Взаимоотношения угрожающе дезорганизованы и младенцу грозит опасность причинения физического вреда

1–10 Подтвержденное жестокое обращение

Подтвержденное отсутствие заботы и физическое или сексуальное насилие, неблагоприятно влияющие на физическое и эмоциональное развитие ребенка

ПРИЛОЖЕНИЕ В.2.2

Оценочная шкала способностей ребенка к эмоциональному и социальному функционированию

В соответствии с DC: 0-3 R

Способности к эмоциональному и социальному функционированию	Функциональная оценка						
	1	2	3	4	5	6	н/д
Внимание и регулирование							
Формирование взаимоотношений/ взаимное вхождение в контакт							
Целенаправленная двусторонняя коммуникация							
Сложные жесты и решение проблем							
Использование символов для выражения мыслей/чувств							
Логическое соединение символов/ абстрактное мышление							

Функциональная оценка

1. Функции соответствуют возрастной норме при любых условиях и в полном диапазоне эмоциональных состояний
2. Функционирование соответствует возрастному уровню, но восприимчиво к стрессорам или проявляется в ограниченном диапазоне эмоций
3. Функции незрелые (т.е., обладает способностями, но уровень не соответствует возрастной норме)
4. Функции неустойчивы или проявляются время от времени до тех пор, пока доступна специально структурированная или сенсомоторная поддержка
5. С трудом демонстрирует эту способность, даже с поддержкой
6. Еще не достиг такой способности

В

СПИСОК
ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 108:206-210.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Black MM, Aboud FE (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition*, 141:490-494.
- Boris N, Zeanah CH (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Bowley NA, Pentz-Kluyts MA, Bourne LT et al (2007). Feeding the 1 to 7-year-old child. A support paper for the South African paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:281-291.
- Bretherton I (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28:759-775. *Nutricion*, 11: 1209-1219.
- Center on the Developing Child (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*. Harvard University.
- Chatoor I (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11:163-183.
- Craig B (1998). *The Art of the Interview in Child Abuse Cases*.
- Creighton SJ (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*.
- Finkelhor D (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19:169-194.

- Gahagan S (2006). Failure to thrive: A consequence of undernutrition. *Pediatrics in Review*, 27:e1-e11.
- Gunnar M, Vazquez D M (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D Cicchetti, D Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 2: Developmental Neuroscience*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Human Rights Watch. 2001. *Easy Targets: Violence Against Children Worldwide*. Human Right Watch, New York.
- Mahler MS (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53:333-338.
- Mcdonald KC (2007). Child abuse: approach and management. *American Family Physician*, 15:221-228.
- Runyan DK, Shankar V, Hassan F et al (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126:701-711.
- Stern DN (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stith SM, Liu T, Davies LC et al (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14:13-29
- UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child*.
- UNICEF (2010). *Child Disciplinary Practices at Home Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York, NY: UNICEF.
- Zero to Three (2005). DC: 0-3R: *Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood* (Revised ed). Washington, DC: Zero to Three Press.