

Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В.

Клиническая психиатрия раннего детского возраста

Глава 1. ДЕТСКО-МАТЕРИНСКАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ

1.1. Современные представления о привязанности

Отношения между матерью и ребенком в раннем возрасте зависят от взаимодействия сложной многокомпонентной системы факторов, каждый из которых играет большую роль в реализации врожденных программ поведения ребенка. В первые месяцы жизни младенец растет и развивается в условиях психофизиологического «симбиоза» с матерью. С физиологической точки зрения, привязанность матери к ребенку возникает благодаря материнской доминанте, формирующейся задолго до рождения ребенка. В ее основе лежит доминанта гестационная, впоследствии превращающаяся в доминанту родовую, а затем и лактационную [10]. У младенца возникновению привязанности способствует врожденная необходимость связи с человеком, который обеспечивает удовлетворение его биологических потребностей в тепле, пище, физической защите, а также психологический комфорт, формирует у ребенка чувство защищенности и доверия к окружающему миру.

Детско-материнская привязанность характеризуется наличием надежных и устойчивых отношений между ребенком и ухаживающими за ним взрослыми. Признаками надежной привязанности являются следующие: 1) объект привязанности может лучше других успокоить ребенка; 2) ребенок обращается за утешением к объекту привязанности чаще, чем к другим взрослым; 3) в присутствии объекта привязанности ребенок реже испытывает страх.

1.2. Факторы, влияющие на формирование привязанности

Способность к формированию привязанности у ребенка во многом обусловлена наследственным фактором. Однако она не в меньшей мере зависит от чувствительности окружающих взрослых к потребностям ребенка и от социальных установок родителей.

Детско-материнская привязанность возникает еще внутриутробно, на основе пренатального опыта. Важную роль в формировании материнских чувств у беременных женщин играют, согласно В. И. Брутману, М. С. Радионовой, телесные и эмоциональные ощущения, возникающие в процессе вынашивания будущего ребенка [19]. Эти ощущения принято называть телесно-эмоциональным комплексом. Последний представляет собой комплекс переживаний, связанных с эмоционально-положительной оценкой телесной измененности беременной женщины. В сознании будущей матери намечается телесно-чувственная граница между своим телом и плодом, способствующая возникновению образа ребенка. При вынашивании нежелательной беременности образ младенца, как правило, не интегрируется и психологически отторгается. Ребенок, в свою очередь, уже в пренатальном периоде способен воспринимать изменения эмоционального состояния матери и реагировать на него изменением ритма движений, сердцебиений и др.

Качество привязанности зависит от мотивационного аспекта беременности. В иерархии мотивов базисным является родительский инстинкт. Дополнительное и существенное значение имеют психосоциальные тенденции — подтверждение своей общности с людьми посредством осуществления репродуктивной функции. К средовым и психологическим мотивам относятся:

обеспечение устойчивых брачно-семейных отношений, коррекция их нарушений, разрешение личностных проблем, связанных с отвержением в родительской семье, реализация чувства эмпатии [31].

На формирование детско-материнской привязанности влияют отношения между супругами. Родители, которые несчастливы в браке к моменту рождения ребенка, как правило, мало чувствительны к его потребностям, имеют неверное представление о роли взрослых в воспитании детей, не способны устанавливать со своими детьми тесные эмоциональные отношения. Эти родители гораздо чаще, чем те, кто счастлив в браке, считают, что их дети обладают «трудным характером».

Для процесса формирования привязанности имеет значение также ранний постнатальный опыт детско-материнских взаимодействий. Он возможен благодаря этологическому механизму импринтинга (мгновенного запечатлевания). Первые 2 ч после рождения являются особым «сенситивным» периодом для формирования привязанности. Младенец находится в состоянии максимальной восприимчивости к информации, получаемой из окружающего мира. Возникновение привязанности матери к новорожденному подтверждено многочисленными опытами по узнаванию только что родившими женщинами своих детей и специфике раннего детско-материнского взаимодействия.

Специальные исследования диадического взаимодействия ребенка и матери показали, что в среднем 69 % матерей способны узнавать своих только что родившихся детей, прикасаясь лишь к дорсальной поверхности их ладони, если они предварительно успели провести с ребенком не менее одного часа [136]. Дети 2-6 дней жизни в ситуации выбора достоверно чаще предпочитают запах молока собственной матери [150]. Выявлен феномен визуальной синхронизации детско-материнского поведения. Показано, что мать и новорожденный имеют выраженную тенденцию одновременно смотреть на один и тот же предмет, причем доминирующую роль при этом играет ребенок, а мать «подстраивается» под его действия [156]. Обнаружена также способность новорожденного двигаться синхронно ритму речи взрослого [123]. Показано, что при одновременном взгляде в глаза друг другу движения головы матери и головы ребенка также гармонизированы и внешне напоминают «вальс» [162]. Подобное биологическое предпочтение матерью своего ребенка, ощущение «своего», «родного» лежит в основе готовности матери проявлять положительные чувства к своему ребенку, поддерживать его и заботиться о нем.

Существуют некоторые особенности зрительного восприятия взрослыми детей, накладывающие отпечаток на эмоциональное отношение к ним и на возникновение привязанности родителей к детям. Так, К. Lorenz [143] обратил внимание на то, что черты лица младенцев воспринимаются взрослыми как милые и приятные. Мальчики и девочки старшего возраста также положительно реагируют на младенческие черты лица. Интерес девочек к младенцам резко усиливается с начала пубертатного периода. Таким образом, лицо младенца может служить избирательным стимулом для привлечения внимания взрослого, что способствует становлению родительско-детской привязанности.

Формирование привязанности младенцев к родителям в первые месяцы жизни опирается

на некоторые инстинктивные формы поведения детей, интерпретируемые взрослыми как знаки общения. В теории привязанности J. Bowlby — M. Ainsworth такие формы поведения носят название «паттернов привязанности». Наиболее важные из них — это плач и улыбка. Улыбка вначале носит рефлекторный характер и возникает в ответ на неспецифические воздействия. Однако очень быстро, уже с 2-месячного возраста, она становится особым сигналом для взрослых, означает желание с ними общаться. Плач в первые месяцы жизни — это специфический сигнал дискомфорта ребенка, который избирательно адресован тем взрослым, которые за ним ухаживают. В первые месяцы жизни плач младенца имеет характерные отличия в зависимости от вызвавшей его причины.

1.3. Теории привязанности

Одной из наиболее известных в настоящее время считается теория J. Bowlby — M. Ainsworth, активно разрабатываемая последние 30-40 лет. Данная теория возникла на пересечении психоанализа и этологии и ассимилировала многие другие концепции развития — бихевиоральную теорию научения, репрезентативные модели Ж. Пиаже и др. [90].

В основе теории привязанности лежит положение о том, что любое отношение человека к окружающему миру и к себе изначально опосредовано отношениями между двумя людьми, которые в дальнейшем определяют весь душевный склад личности. Центральным понятием теории привязанности является «объект привязанности». Для большинства детей первичный объект привязанности — это мать, однако генетическое родство в данном случае не играет решающей роли. Если первичный объект привязанности обеспечивает ребенку безопасность, надежность и уверенность в защите, то ребенок в дальнейшем будет способен наладить отношения с другими людьми. Однако до тех пор, пока не будет удовлетворена базисная потребность в первичном объекте привязанности, человек не сможет установить вторичную привязанность с другими людьми — сверстниками, учителями, лицами противоположного пола. Система привязанности включает две противоположные тенденции в поведении ребенка — стремление к новому и поиск поддержки. Система привязанности активизируется, когда ребенок сталкивается с неизвестным, и почти не работает в привычной безопасной обстановке [89].

Большое значение для понимания природы детско-материнской привязанности имеет положение Л. С. Выготского [23] о том, что любой контакт младенца с внешним миром опосредован значимым для ребенка взрослым окружением. Отношение ребенка к окружающему неизбежно преломлено отношением к другому человеку, во всякой ситуации его взаимодействия с миром явно или неявно присутствует другой человек.

Согласно психоаналитическим взглядам, отношение матери к ребенку во многом определяется историей ее жизни. Для принятия будущей матерью младенца большое значение имеет формирование его образа в воображении женщины. Нарушению привязанности могут способствовать искажающие реальность «фантазии» женщины относительно своего ребенка. Роль матери для процессов психического развития ребенка в принципе оценивается неоднозначно. Так, например, M. Klein [138] описала так называемую «депрессивную позицию» — феномен нормального поведения ребенка в 3-5 мес. Позиция эта заключается в отчуждении ребенка от матери, в ощущении, наряду с чувством спокойствия и защищенности, неомощности и зависимости от нее. Отмечается неуверенность ребенка в «обладании» матерью и двойственное отношение к ней [34].

1.4. Динамика формирования привязанности

Различают 3 основных периода формирования детско-материнской привязанности в первые годы жизни:

1) период до 3 мес., когда младенцы проявляют интерес и ищут эмоциональной близости со всеми взрослыми, как знакомыми, так и незнакомыми;

2) период 3-6 мес. В этот период младенец начинает различать знакомых и незнакомых взрослых. Постепенно ребенок выделяет мать из объектов окружающего, отдавая ей предпочтение. Выделение матери из взрослого окружения основывается на предпочтении ее голоса, лица, рук и происходит тем быстрее, чем адекватнее мать реагирует на подаваемые младенцем сигналы;

3) период 7-8 мес. Происходит формирование избирательной привязанности к ближайшему взрослому. Отмечается тревога и страх при общении с незнакомыми взрослыми («страхи 8-го месяца жизни» R. A. Spitz).

Привязанность ребенка к матери наиболее сильна в 1-1,5 года. Она несколько уменьшается к 2,5-3 годам, когда в поведении ребенка отчетливо намечаются другие тенденции — стремление к самостоятельности и самоутверждению, связанные с развитием самосознания.

R. Shaffer [157] показал, что детско-родительская привязанность в первые 18 мес жизни ребенка проходит в своем развитии следующие стадии.

1. Асоциальная стадия (0-6 нед). Новорожденные и младенцы полутора месяцев жизни являются «асоциальными», поскольку во многих ситуациях общения с одним или несколькими взрослыми у них наблюдается преимущественно одна реакция, в большинстве случаев — реакция протеста. После полутора месяцев младенцы обычно отдают предпочтение общению с несколькими взрослыми.

2. Стадия недифференцированных привязанностей (6 нед - 7 мес). На этой стадии младенцы быстро удовлетворяются присутствием любого взрослого. Они успокаиваются, когда их берут на руки.

3. Стадия специфических привязанностей (с 7-9 мес жизни). В данном возрасте младенцы начинают протестовать, когда их разделяют с близким взрослым, особенно матерью. При расставании они расстраиваются и часто сопровождают мать до двери. После возвращения матери младенцы очень тепло ее встречают. В это же время младенцы часто настороживаются в присутствии незнакомых. Указанные особенности свидетельствуют о сформированности первичной привязанности.

Формирование первичной привязанности имеет важное значение для развития исследовательского поведения ребенка. Первичный объект привязанности используется ребенком в качестве безопасной «базы» для освоения окружающего мира [105].

4. Стадия множественных привязанностей. Спустя несколько недель после возникновения первичной привязанности к матери то же чувство возникает по отношению к другим близким людям (отцу, братьям, сестрам, бабушкам, дедушкам). В возрасте 1,5 лет очень мало детей привязаны только к одному человеку. У детей, имеющих множество привязанностей, как правило, устанавливается иерархия объектов привязанности. Тот или иной близкий человек является более или менее предпочтительным в определенной ситуации общения. Различные объекты привязанности используются детьми с разными целями. Например, большинство детей предпочитают компанию матери, если они напуганы или расстроены. Отцов они чаще предпочитают в качестве партнеров по играм.

Выделяют 4 модели множественной привязанности [118]. Первая получила название

«монотропной». При этом мать является единственным объектом привязанности. Только с ней связана дальнейшая социализация ребенка. Вторая модель — «иерархическая» — также предполагает ведущую роль матери. Однако важными являются и вторичные объекты привязанности. Они могут замещать мать в условиях ее кратковременного отсутствия. Третья — «независимая» модель — предполагает наличие различных, одинаково значимых объектов привязанности, каждый из которых вступает во взаимодействие с ребенком лишь тогда, когда основные опекуны находятся с ним уже длительное время. Четвертая — «интегративная» модель — предполагает независимость ребенка от того или иного объекта привязанности.

1.5. Методика оценки привязанности. Типы детско-материнской привязанности

Общепринятой методикой оценки привязанности и определения ее типа является методика М. D. Ainsworth. В эксперименте, разделенном на восемь эпизодов, изучается поведение ребенка в ситуации разлуки с матерью, ее влияние на поведение младенца и способность матери успокоить ребенка после ее возвращения [89]. Особенно показательным является изменение познавательной активности ребенка при расставании с матерью. Для этого ребенок остается с незнакомым взрослым и новой игрушкой. Критерием оценки привязанности является особенность поведения ребенка после ухода матери и ее возвращения. В ходе исследования привязанности по методике М. Ainsworth выделено 4 группы детей (им соответствуют 4 типа привязанности):

1) тип А — дети не возражают против ухода матери и продолжают играть, не обращая внимания на ее возвращение. Дети с подобным поведением обозначаются как «индифферентные» или «ненадежнопривязанные». Тип привязанности называется «ненадежноизбегающий». Он является условно-патологическим. Выявляется у 20% детей. После расставания с матерью «ненадежнопривязанные» дети не обеспокоены присутствием незнакомца. Они избегают общения с ним так же, как они избегают и общения с матерью.

2) тип В — дети не очень сильно огорчаются после ухода матери, но тянутся к ней сразу же после ее возвращения. Они стремятся к физическому контакту с матерью, легко успокаиваются рядом с ней. Это «надежный» тип привязанности. Такой тип привязанности отмечается у 65% детей.

3) тип С — дети очень сильно огорчаются после ухода матери. После ее возвращения вначале цепляются за мать, но практически сразу же ее отталкивают. Данный тип привязанности считается патологическим («ненадежноаффективный», «манипулятивный» или «двойственный» тип привязанности). Выявляется у 10% детей.

4) тип D — после возвращения матери дети либо «застывают» в одной позе, либо «убегают» от пытающейся приблизиться матери. Это «дезорганизованный неориентированный» тип привязанности (патологический). Встречается у 5-10% детей.

Кроме указанных 4 типов, можно говорить также о «симбиотическом» типе привязанности. В эксперименте по методике М. D. Ainsworth дети не отпускают мать ни на шаг. Полное разлучение таким образом становится практически невозможным.

Формирование привязанности в большой степени зависит от заботы и внимания, которое уделяет ребенку мать [105]. Матери надежно привязанных младенцев внимательны и чувствительны к потребностям детей. В общении с детьми они часто используют средства эмоциональной экспрессии. Если взрослый хорошо понимает ребенка, младенец чувствует заботу, комфорт и надежно привязывается к взрослому.

М. Silven, М. Vienda [158] показали, что из таких материнских качеств, как способность

побуждать ребенка к игре, эмоциональная доступность, стимуляция познавательной деятельности, гибкость в стиле воспитания, наиболее важным для развития надежной привязанности является эмоциональная доступность. Она включает в себя способность разделять чувства ребенка как главного инициатора детско-материнского общения.

Личностные особенности матери, влияющие на ее отношение к ребенку, рассматриваются в качестве главных («классических») детерминант надежной привязанности [89]. Они прямо или косвенно влияют на формирование привязанности у ребенка. Их прямое влияние связано с чувствительностью матери к подаваемым младенцем сигналам. Оно проявляется в типичных ситуациях взаимодействия. Косвенное влияние личностных особенностей женщины связано с ее удовлетворенностью ролью матери, что, в свою очередь, во многом зависит от ее отношений с супругом.

Брачные отношения существенно влияют на тип детско-родительской привязанности. Как правило, рождение ребенка приводит к изменению сложившихся отношений между супругами. Однако у родителей, надежно привязанных к детям, в целом отмечается большая удовлетворенность качеством своих брачных отношений как до, так и после рождения ребенка, по сравнению с родителями, ненадежно привязанными к своим детям. Существует гипотеза, согласно которой именно ранний супружеский статус является решающим фактором для установления того или иного типа привязанности.

Дети, обладающие двойственной привязанностью, в большинстве случаев имеют «тормозимые» черты характера. Их родители по темпераменту часто не подходят им в качестве воспитателей. Взрослые реагируют на потребности ребенка в зависимости от собственного настроения или слишком слабо, или слишком энергично. Младенец пытается бороться с подобным неровным отношением к нему со стороны родителей, но безрезультатно, и, как следствие, становится безразличным к общению с ними.

Существуют два варианта неправильного ухода за ребенком, которые повышают риск развития избегающей привязанности. При первом варианте матери нетерпеливы по отношению к своим детям и нечувствительны к их потребностям. Такие матери часто не могут сдерживать своих отрицательных эмоций по отношению к детям, что приводит к отдалению и отчуждению матери и ребенка. В конечном счете, матери просто перестают брать детей на руки, а дети, в свою очередь, не стремятся к тесному физическому контакту с ними. Такие матери чаще бывают эгоцентричными и отвергающими своих детей.

При втором варианте неправильного ухода, приводящем к избегающей привязанности, родители отличаются чрезмерно внимательным и щепетильным отношением к детям. Дети оказываются не в состоянии воспринять подобную «избыточную» заботу.

«Неориентированная дезорганизованная» привязанность встречается в том случае, когда ребенок боится физического наказания или его беспокоит страх быть отверженным родителями. В результате ребенок избегает общения с родителями. Это является следствием того, что родители крайне противоречиво относятся к ребенку, и дети не знают, чего им в каждый последующий момент ожидать от взрослых.

Матери детей с избегающим типом привязанности могут быть охарактеризованы как «закрыто-формальные» [67]. Они придерживаются авторитарного стиля воспитания, стараясь навязать ребенку свою систему требований. Эти матери не столько воспитывают, сколько перевоспитывают, часто пользуясь книжными рекомендациями.

По психологическим характеристикам матери детей с двойственной привязанностью делятся на 2 группы: «эго-ориентированные» и «непоследовательно-противоречивые». «Эго-ориентированные» отличаются завышенной самооценкой, недостаточной

самокритичностью. Они достаточно противоречивы в своем отношении к ребенку:

повышенное, порой даже чрезмерное внимание к нему подчас сочетается с полным игнорированием его интересов. «Непоследовательно-противоречивые» матери считают своих детей болезненными, требующими повышенной заботы. Однако эти дети все же испытывают дефицит ласки и внимания из-за постоянного чувства тревоги у матери и внутреннего напряжения, приводящего к непоследовательности и двойственности в отношении к ребенку.

В зависимости от типа детско-материнской привязанности различают несколько типов матерей. Согласно Р. Crittenden [124], надежная привязанность возникает у чувствительных и заботливых матерей. Их дети уверены в себе и обладают чувством безопасности. Избегающая привязанность отмечается у нечувствительных, отвергающих и ограничивающих активность ребенка матерей. Их дети обычно неуверенны в себе и избегают общения с родителями. Двойственная привязанность наблюдается у матерей с непоследовательным и непредсказуемым поведением. Матери относятся к детям неровно и напряженно. Симбиотический тип может возникать как у слишком чувствительных матерей, так и у непоследовательных и непредсказуемых.

Детско-материнская привязанность существенно зависит от уровня психического развития ребенка. Одной из функций, существенно влияющих на характер привязанности, является самосознание (или образ «Я»). Н. Н. Авдеевой [1, 2] экспериментально изучен уровень развития самосознания в методике зеркального отражения. Отражаемый в зеркале образ «Я» свидетельствует о возрастной самооценке ребенка. Высокому уровню развития своего образа соответствует большая самостоятельность ребенка, меньшая зависимость его от матери, более выраженная активность в незнакомой ситуации. Показано, что дети с развитым образом «Я» обычно демонстрируют надежную (тип В) или индифферентную (тип А) привязанность. Указанные типы зависят от вектора силы привязанности. В обоих случаях матери оценивают свою привязанность к ребенку как более сильную по сравнению с привязанностью ребенка к себе.

Качество привязанности существенно зависит от характера и вида взаимодействий между матерью и ребенком. Надежная привязанность формируется при высоком уровне активности младенца в ситуациях кормления и бодрствования. Умение матери поддерживать инициативу ребенка, устанавливая с ним контакт взглядов, синхронизировать действия и вести диалог способствует формированию надежной привязанности. Ненадежная привязанность развивается у ребенка в условиях низкой активности матери в режимные моменты. Аффективная ненадежная привязанность формируется в ситуации, когда мать не отзывается на большинство инициативных действий ребенка.

Индифферентная ненадежная привязанность (избегающая) формируется у ребенка при несогласованных, дисгармоничных взаимодействиях между ним и матерью, особенно во время кормления. В этом случае неумение матери поддерживать инициативу ребенка сочетается с усилением ее собственной активности, на которую младенец никак не реагирует.

Симбиотический тип привязанности формируется при неспособности матери реагировать на звуковые сигналы и предречевые вокализации своего ребенка. С возрастом у этих детей нарастают тревожные реакции, так как мать реагирует на них только при зрительном общении (на подаваемые ребенком жесты). Если такой ребенок остается в комнате один, то общаться с находящейся в соседнем помещении матерью он уже не может.

Аналогичная ситуация отмечается у детей с двойственным типом привязанности. Их матери тоже реагируют только на подаваемый ребенком жест и нечувствительны к голосовым реакциям детей. У детей с данным типом привязанности часто возникают тревожные реакции в момент, когда они теряют мать из поля зрения. Только зрительный контроль за присутствием матери помогает им обрести чувство спокойствия и безопасности.

1.6. Зрительное предпочтение как показатель привязанности

Зрительное восприятие детей раннего возраста характеризуется избирательностью и предпочтением строго определенных стимулов. Его можно рассматривать как показатель привязанности у детей раннего возраста [11, 12].

Ребенок первых 2 ч жизни дольше фиксирует взгляд и совершает поворот головы на больший угол в ответ на предъявление лицеподобной игрушки. Дети предпочитают лицеподобные изображения аморфным, живые лица — нарисованным, лицо матери — лицам других взрослых.

Для исследования зрительного предпочтения как показателя привязанности детям предлагают 3 ситуации выбора: 1) между погремушкой и куклой; 2) между куклой и лицом матери; 3) между лицом матери и лицом экспериментатора. У детей 7-23 дней жизни и старше 7 мес отмечается устойчивое предпочтение лица матери, а возрасте с 1 до 6 мес — игрушки с лицом.

8 возрасте 6,5-7 мес преобладает двойственный выбор.

Для феномена предпочтения лица матери лицам незнакомцев также характерна закономерная динамика. Наибольшая его выраженность наблюдается начиная с 9 мес жизни. С возрастом происходит смена объектов зрительного предпочтения.

Результаты изучения привязанности с помощью зрительного предпочтения позволяют выделить 2 наиболее важных периода развития привязанности: 1) первые часы и дни жизни ребенка; 2) период 8-9 мес. В эти периоды происходит усиление активности ребенка, в том числе и в общении с окружающими, возрастание интереса ко всему новому в целом.

Формирование привязанности в первые часы и дни жизни ребенка связано главным образом с обонятельным и зрительным предпочтением близких людей. Вначале отмечается обонятельное предпочтение. Зрительное предпочтение играет роль при запечатлевании других членов семьи, в частности отца. Формирование привязанности в 8-9 мес связано уже с более сложными психологическими механизмами — возникающим чувством уверенности, защищенности. В 1-6 мес активно формируется вторичная привязанность к отцу и другим лицам, что позволяет рассматривать этот период развития отношения с окружающими также в качестве сенситивного. В это время меняется «вектор» привязанности ребенка: наряду с потребностью в матери отмечается потребность в общении с другими членами семьи. Однако впоследствии «вектор» привязанности все же возвращается к первичному объекту — матери. Подобная динамика развития привязанности приводит к ее укреплению и приобретению ею новых качеств.

Формирующаяся на первом году жизни привязанность младенца к отцу, так же как и привязанность к матери, существенно влияет на динамику психического развития ребенка. Младенец 9 мес жизни проводит в общении с отцом в среднем около 1 ч в день. Отцы, удовлетворенные своим семейным положением, не меньше матери участвуют в повседневном уходе за ребенком. Они участвуют в кормлении, смене пеленок, укладывании спать, т.е. могут частично брать на себя традиционно материнские функции.

Считается, что в общении с ребенком мать и отец играют разные роли. Матери чаще отцов предпочитают держать своих детей на руках, успокаивают их при беспокойстве и

плаче, обеспечивают удовлетворение жизненно важных потребностей. Отцы в большей степени предпочитают физическую и игровую стимуляцию, а также вовлекают детей во все новое и необычное. Если к матери младенцы тянутся, когда они чем-то расстроены или им страшно, то в отцах они нуждаются, прежде всего, как в равноправных участниках игры. Кроме того, отцы создают основу для исследовательской деятельности детей. Интерес к общению с незнакомыми людьми чаще проявляют дети, надежно привязанные к обоим родителям.

Показано, что избирательная привязанность к отцу вне зависимости от качества детско-материнских отношений способствует предотвращению у ребенка невротических расстройств [144]. Реже встречаются протестные и примитивные истерические реакции.

1.7. Причины нарушения привязанности

Отсутствующая или недостаточная родительская поддержка в раннем возрасте может приводить к выраженному нарушению психического и физического созревания ребенка, дезинтеграции привязанности как важнейшего условия развития психики младенца, дезадаптации и психосоматическим расстройствам.

Расстройства детско-родительской привязанности характеризуются отсутствием или искажением нормальных связей между ребенком и тем, кто за ним ухаживает. Это происходит по ряду причин.

Нарушения привязанности наблюдаются во всех случаях, когда родители неспособны понимать своих детей. Причиной этому могут быть психические заболевания родителей, которые серьезно осложняют установление близкого эмоционального контакта с младенцами. Показано, в частности, что если мать страдает послеродовой депрессией, то у ребенка существенно задерживается развитие навыков взаимодействия со взрослыми [148].

Варианты нарушения детско-материнской привязанности зависят от разновидности послеродовой материнской депрессии [155]. У матерей, страдающих тревожной депрессией, дети отличаются двойственной небезопасной привязанностью. При тоскливой материнской депрессии у детей отмечается избегающая небезопасная привязанность.

Грубое искажение привязанности отмечается также при различных проявлениях к детям физического насилия. Родители, использующие насилие в качестве основного воспитательного метода, всегда испытывают проблемы с установлением надежной привязанности к детям. Такие взрослые в присутствии посторонних обычно клянутся, что никогда не делают детям ничего плохого. Однако, когда их дети раздражены или слишком медлительны, эти родители не только не способны обуздать свои эмоции, но и становятся откровенно жестокими. Так, нарушению привязанности к родителям может способствовать, в частности, «насильное» кормление детей, страдающих инфантильной анорексией, когда процессы жевания и проглатывания пищи у детей сильно замедлены.

В настоящее время имеется большое количество данных, свидетельствующих об отсутствии или искажении развития привязанности ко взрослым у детей, воспитывающихся в детских закрытых учреждениях (см. главу «Материнская депривация и ее последствия»). Однако и в условиях полной материнской депривации у ребенка может сформироваться своеобразный «суррогат» нормальной привязанности. Известно, что воспитанники детских учреждений иногда испытывают отдаленно напоминающее чувство любви к медперсоналу и воспитателям домов ребенка. Однако эта и без того хрупкая привязанность полностью разрушается под влиянием ряда факторов. К таковым относится, например, частая смена персонала детских закрытых учреждений, наличие возрастного ограничения для пребывания детей в одних и тех же группах.

Дефицит общения и необходимых для ребенка соответствующих возрасту впечатлений также является предпосылкой неправильного развития привязанности у ребенка. Причем недостаток заботы и внимания со стороны родителей дети часто отказываются компенсировать путем общения с другим взрослым. Они не смотрят людям в глаза и не проявляют интереса к играм типа «дай-возьми», если предварительно не делали этого с матерью или иными родственниками.

Процесс формирования привязанности подвержен внешним факторам. Так, у детей в возрасте от 1 года до 1 года 9 мес, подвергшихся физическому насилию со стороны отцов, отмечается выраженная реакция страха в присутствии мужчин и, наоборот, спокойствие и отсутствие тревоги при нахождении в женском обществе.

1.8. Диагностические критерии расстройства привязанности

Возникновение расстройств привязанности возможно с 8-месячного возраста. К патологическому относят только двойственный тип привязанности (по М. D. Ainsworth), тогда как индифферентный тип возникает и в норме при высокой активности ребенка и развитом самосознании.

В МКБ-10 нарушения привязанности описаны в разделе F9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте».

Критериями расстройства привязанности согласно МКБ-10 являются [63]:

- а) возраст до 5 лет;
- б) неадекватные или измененные социально-родственные отношения вследствие:
 - недостатка возрастного интереса ребенка к контакту с членами семьи или другими людьми;
 - реакции страха или чрезмерной чувствительности в присутствии незнакомых людей, не исчезающие при появлении матери или других родственников;
- в) неразборчивая общительность (фамильярность, пытливые вопросы и т. д.);
- г) отсутствие соматической патологии, умственной отсталости, симптомов раннего детского аутизма.

Различают 2 варианта расстройств привязанности — реактивное и расторможенное. Реактивное расстройство привязанности проявляется аффективными нарушениями в ответ на изменение окружающих условий, особенно в период, когда взрослые расстаются с ребенком. Характерна боязливость и повышенная настороженность («заторможенная бдительность») в присутствии незнакомых людей, не исчезающие при утешении. Дети избегают общения, в том числе и со сверстниками. Расстройство может возникнуть как результат прямого родительского пренебрежения, жестокого обращения, серьезных ошибок в воспитании. Принципиальное отличие этого состояния от раннего детского аутизма в том, что в обычных условиях у ребенка сохраняются живые эмоциональные реакции и стремление к общению. Если же ребенок воспитывается в условиях родительской депривации, то повышенная тревожность и боязливость могут сглаживаться при эмоциональной отзывчивости воспитателей. При реактивном расстройстве привязанности отсутствует патологическая отгороженность, характерная для аутизма, а также интеллектуальный дефект.

Расторможенное расстройство привязанности проявляется неизбирательной прилипчивостью к взрослым ребенка в возрасте 2-4 лет.

Схожие с расстройствами привязанности нарушения могут встречаться при интеллектуальном недоразвитии и синдроме раннего детского аутизма, что делает необходимым проводить дифференциальную диагностику между этими состояниями и

нарушениями привязанности (см. главу «Материнская депривация и ее последствия»).

Дети, имеющие сниженную массу тела и отличающиеся отсутствием интереса к окружающему, чаще всего страдают синдромом пищевого недоразвития (см. главу «Нарушения пищевого поведения»). Однако аналогичное расстройство питания может встречаться и у детей, испытывающих недостаток внимания со стороны родителей.

1.9. Влияние детско-материнской привязанности на психическое развитие ребенка

Ранняя детско-родительская привязанность, формирующаяся по типу запечатления и имитации поведения родителей, существенно влияет на способность ребенка в школьном и более старшем возрасте адекватно социализироваться, приобретать правильные стереотипы поведения.

Различные варианты нарушения детско-родительской привязанности существенно влияют на все последующее развитие ребенка, сказываются на характере взаимоотношения ребенка с окружающим миром, обуславливают способность к формированию вторичной привязанности к друзьям, лицам противоположного пола, учителям и др.

Уже в раннем возрасте у детей, подвергшихся длительной разлуке с родителями, может возникать отказ от общения с ними, отрицательные эмоции при попытке ухаживания.

Имеется связь между ранней родительской депривацией в младенчестве и отклоняющимся поведением в подростковом возрасте. В частности, мальчики, воспитывавшиеся с раннего возраста без отца, не могут компенсировать свою агрессивность. Девочки, воспитывавшиеся в раннем возрасте асоциальной матерью, часто не способны поддержать домашний очаг, создать уют и доброжелательность в семье. Дети, воспитывавшиеся в закрытых учреждениях, несмотря на поддержку государства, отвечают обществу агрессивностью и криминальностью.

Считается, что надежная привязанность между ребенком и матерью в первые годы жизни закладывает основы будущего чувства доверия и безопасности к окружающему миру [127].

Дети, имевшие надежную привязанность к матери в возрасте 12—18 мес, в 2 года достаточно общительны, проявляют сообразительность в играх. В подростковом возрасте они более привлекательны как деловые партнеры, чем дети с ненадежной привязанностью. В то же время у детей, первичная привязанность которых характеризуется как «дезорганизованная» и «неориентированная», имеется риск возникновения враждебного и агрессивного поведения в дошкольном возрасте и отвержения их сверстниками.

Дети, надежно привязанные к матери в 15-месячном возрасте, в 3,5 года среди группы сверстников демонстрируют ярко выраженные черты лидерства. Они легко иницируют игровую активность, достаточно отзывчивы в отношении нужд и переживаний других детей и, в целом, очень популярны среди других детей. Они любознательны, самостоятельны и энергичны. Напротив, дети, которые в 15 мес имели ненадежную привязанность к матери, в детском саду проявляют социальную пассивность, нерешительность в привлечении других детей к игровой активности. Они менее любознательны и непоследовательны в достижении цели. В возрасте 4-5 лет дети с надежной привязанностью также более любознательны, чувствительны в отношениях со сверстниками, менее зависимы от взрослых, чем дети с ненадежной привязанностью. В предпубертатном возрасте надежно привязанные дети имеют ровные отношения с ровесниками и больше близких друзей, чем ненадежно привязанные дети [126].

Известно, что ребенок может полноценно развиваться даже в том случае, если надежная привязанность формируется у него не к родителями, а к другим людям. Имеются данные о позитивном влиянии надежной привязанности детей к персоналу приютов, яслей на их

психическое развитие в дошкольном и раннем школьном возрасте. Обнаружено, что такие дети достаточно компетентны в общении со сверстниками, часто проводят время в контактах с другими детьми и в социальных играх. Надежная привязанность к опекунам проявлялась у них также в отсутствии агрессивности, враждебности и позитивном отношении в целом к играм и общению.

Более того, было показано [134], что в детском саду дети, надежно привязанные к воспитателям, но ненадежно к матери, проявляют большую игровую активность, чем те, которые надежно привязаны к матери и ненадежно к воспитателям детского сада.

Таким образом, сформированная в первые годы жизни первичная привязанность к окружающим в дальнейшем достаточно устойчива и постоянна во времени. Большинство детей демонстрирует характерные черты привязанности к другим людям как в младенчестве, так и в школьном возрасте. Более того, во взрослом периоде люди часто проявляют те же самые качества в межличностных отношениях. Например, отношения, которые молодые люди устанавливают с лицами противоположного пола, так же как и отношения с родителями, можно разделить на надежные, двойственные и избегающие. Люди среднего возраста подобным же образом относятся к своим пожилым родителям. Это позволяет с определенной долей условности говорить об особой «взрослой» привязанности, которая также делится на три типа. При первом типе взрослые люди не вспоминают о своих престарелых родителях, что свидетельствует, по-видимому, о наличии избегающей привязанности в младенческом возрасте. При втором типе взрослые вспоминают о своих родителях только тогда, когда они заболевают. При этом не исключена двойственная привязанность в раннем детстве. При третьем типе взрослые люди имеют хорошие отношения с родителями и понимают их. При этом отмечается безопасная, надежная привязанность в младенчестве.

Каким же образом привязанность влияет на поведение человека в будущем? В процессе формирования того или иного типа привязанности к родителям у ребенка развиваются так называемые «внешние рабочие модели себя и других людей» [112,115]. В дальнейшем они используются для интерпретации происходящих событий и выработки ответной реакции. Внимательное и чувствительное отношение к ребенку убеждает его, что другие люди являются надежными партнерами (позитивная рабочая модель окружающих). Неадекватный родительский уход приводит ребенка к мысли, что окружающие ненадежны, и он не доверяет им (отрицательная рабочая модель других). Кроме того, у ребенка формируется «рабочая модель себя». От ее «позитивности» или «негативности» зависит в будущем уровень самостоятельности ребенка и уважения к самому себе.

Как показано в табл. 1, у младенцев, формирующих позитивную рабочую модель себя и своих родителей, вырабатывается надежная первичная привязанность, уверенность в себе и самодостаточность. Это способствует установлению надежных, доверительных отношений с друзьями и супругами в дальнейшей жизни. Напротив, позитивная модель себя, соединяющаяся с негативной моделью других (возможный результат того, что ребенок успешно привлекает внимание нечувствительного родителя), предрасполагает к формированию избегающей привязанности. Негативная модель себя и позитивная модель других (возможный вариант того, что младенцы не могут привлечь внимание к своим нуждам) может быть связана с двойственной привязанностью и слабостью в установлении надежных эмоциональных связей. И, наконец, негативная рабочая модель как себя, так и окружающих способствует возникновению неориентированной привязанности и вызывает страх близкого контакта (как физического, так и эмоционального).

Таблица 1 Внешние рабочие модели себя и других людей

Варианты моделей	Модель себя	
	Позитивная	Негативная
Модель других	Позитивная Надежная (надежная привязанность)	Слабая (двойственная привязанность)
	Негативная Отвергающая (избегающая привязанность)	С реакцией страха (неориентированная привязанность)

Некоторые исследователи привязанности на первое место ставят не отношения между матерью и ребенком, а стратегии приспособления ребенка к материнскому поведению. Так, по мнению Р. Crittenden [90], чувствительность ребенка к тому или иному типу получаемой информации (интеллектуальной или эмоциональной) зависит от условий взаимодействия ребенка с матерью. Конкретному типу привязанности соответствуют определенные виды переработки информации. В зависимости от адекватной или неадекватной реакции взрослого поведение ребенка подкрепляется или отрицается. При втором варианте ребенок приобретает навык скрывать свои переживания. Данные особенности характерны для детей с «избегающим» типом привязанности.

В случае когда мать внешне проявляет положительные эмоции, а внутренне не принимает ребенка, ребенку оказывается трудным предвидеть эмоциональную реакцию матери. Подобная ситуация возникает у детей, демонстрирующих двойственную привязанность.

Таким образом, в первые годы жизни дети с надежным типом привязанности в отношении со взрослым используют как интеллект, так и эмоции. Дети с избегающим типом привязанности пользуются в основном интеллектуальной информацией, привыкая организовывать свое поведение без использования эмоционального компонента. Дети с двойственной привязанностью не доверяют интеллектуальной информации и используют преимущественно эмоциональную.

К дошкольному возрасту вырабатываются достаточно четкие стратегии переработки информации и построения соответствующего поведения. В ряде случаев интеллектуальная или эмоциональная информация не просто игнорируется, но и фальсифицируется.

В школьном возрасте некоторые дети уже откровенно используют обман, скрывая истину за фасадом логики и бесконечных доводов, и манипулируют родителями и сверстниками. В подростковом возрасте нарушения поведения «манипулирующих» детей проявляются, с одной стороны, в виде демонстративности, а с другой — в попытках избежать ответственности за свои поступки.

Глава 2. МАТЕРИНСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

2.1. Определение, классификация

Под психической депривацией в широком смысле понимается состояние, при котором отсутствует возможность удовлетворения основных жизненных потребностей в достаточной мере и в течение продолжительного времени [139]. Это состояние также можно определить как биологически полноценную, но психически недостаточную среду. В структуру психической депривации входят: 1) аффективная (эмоциональная) депривация, включающая отсутствие заботы, ласки, понимания; 2) сенсорная депривация — недостаточность внешних стимулов (зрительных, слуховых, тактильных); 3) социальная, включающая состояния безнадзорности, бродяжничества и др.

Материнская депривация — это, в первую очередь, эмоциональное обеднение ребенка, но немаловажную роль в происхождении этого состояния играет и сенсорный компонент.

Известно, что мать для ребенка первых лет жизни — источник многочисленных сенсорных стимулов (тактильных, зрительных, слуховых), необходимых для нормального развития психических функций. Границы же социальной депривации достаточно широки, так как последняя включает в себя также педагогический дефицит.

Первые описания неблагоприятных последствий ранней родительской депривации относятся к началу прошлого века. Так, Л. Ф. Мейер [64] в монографии «Госпитализм» среди причин младенческой смертности наряду с острыми респираторными заболеваниями и кишечными инфекциями упоминает тяжелое психофизическое истощение. Гипотрофии обычно предшествовали отказ от пищи, рвота, а также полная потеря интереса к чему-либо, вялость, пассивность, бессонница, отставание в физическом и психическом развитии. Автор связал причину смерти младенцев с отсутствием «стимулирующего» влияния матери.

Имеется особый сензитивный период развития ребенка, когда он наиболее чувствителен к присутствию незнакомых взрослых. Это период так называемых «страхов 8-го месяца жизни» R. A. Spitz [159]. В это время ребенок особенно сильно переживает тревогу и страх при контакте с посторонними людьми и спокойствие, безопасность в присутствии матери. Длительное общение с чужими взрослыми может вызвать у ребенка плач, рвоту, диспепсические явления, потерю в массе тела. R. A. Spitz выделил 2 типа нарушений привязанности — недостаток ласки и неровное отношение матери к ребенку. В первом случае могут возникать анаклитическая депрессия и *spasmus nutans* (спонтанные кивки головы), во втором — колики, нейродермит («психотоксические» расстройства) [21].

Депривация может быть полной или частичной. Выделяют 2 варианта полной депривации — изоляцию и сепарацию. В первом случае речь идет о полном отстранении ребенка от социального окружения, что создает ситуацию «умственного голодания». Крайней степенью изоляции являются примеры так называемых «волчьих» детей («дети-Маугли»). Сепарация представляет собой разрыв специфической детско-материнской связи, что наблюдается при отрыве ребенка от семьи, длительной госпитализации, отказе от ребенка, воспитании его в закрытом детском учреждении. Частичной депривацией называется состояние, когда отношения между матерью и ребенком эмоционально обеднены, что обозначается также термином «скрытая» или «маскированная» депривация.

2.2. Психологические особенности матерей-отказниц

Первые попытки психологического описания матерей-отказниц (40-50 гг. XX в.) носили выраженную социальную направленность. В качестве главных причин отказа от новорожденных назывались тяжелое экономическое положение в европейских странах, последствия мировых войн, переселение и др. Однако дальнейшие исследования позволили говорить о преимущественно психологической природе феномена отказа от детей.

Психологический портрет матерей-отказниц, причины и психологические механизмы феномена отказа матери от новорожденного в последнее время подробно описаны В. И. Брутманом, А. А. Северным, Е. Н. Еникополовым, М. С. Радионовой, М. Г. Панкратовой и др. [16, 17, 18, 19, 20, 30]. Авторами показано, что среди матерей-отказниц преобладают женщины с разнообразными личностными аномалиями, в том числе женщины, страдающие алкоголизмом и наркоманиями. Около 10 % отказниц находятся на учете у психиатра или нарколога [20]. При тщательном наблюдении у большого количества матерей-отказниц выявляются такие проявления психического инфантилизма, как неумение предвидеть очевидные жизненные события и элементарно планировать свою жизнь. Женщины избегают аборта при заведомом нежелании иметь ребенка, податливы к нажиму друзей и родственников, не имеют представления о социальных компенсациях. Большинство

отказниц воспитывались в психотравмирующей среде, испытывали грубость и жестокость со стороны членов семьи.

В основе отказа лежит, как правило, серьезный психологический конфликт, имеющий в каждом конкретном случае свое содержание, но в итоге заставляющий подавить инстинкт материнства. Обычно решение отказа возникает задолго до рождения ребенка. Ребенок для незрелой матери обнаруживает неприемлемые для нее самой собственные черты характера [18,20]. Отказ мотивируется как убежденностью, что ребенок представляет угрозу для реализации собственных планов, так и уверенностью женщины в том, что она сама представляет угрозу для жизни собственного ребенка (не сможет полноценно заботиться, ухаживать). Феномен искаженного восприятия матерью своего нежеланного ребенка связан с резким расхождением между реальным и «идеальным» ребенком, о котором мать мечтает во время беременности.

В целом, можно выделить много причин отказа от ребенка. Ведущими мотивами могут выступать, наряду с психологическим конфликтом, и неблагоприятная семейная ситуация, несложившаяся личная жизнь, трудные материально-бытовые условия и др. Факторами, провоцирующими отказ, могут служить психологический прессинг со стороны родителей, унижающее достоинство отношение к роженице персонала роддомов [18].

В последнее время в качестве причины отказа широко обсуждаются психотические расстройства, в том числе послеродовая депрессия. Л. Л. Баз, Г. В. Скобло [8] показано, что последняя чаще встречается у матерей, перенесших в период юности и детства большое количество негативных жизненных переживаний: конфликтные отношения между родителями, их частые разводы, алкоголизация членов семьи, несформированность образа адекватного родительского поведения. Послеродовая депрессия существенно влияет на эмоциональное отношение матери к младенцу. Женщины, страдающие послеродовой депрессией, мало играют и разговаривают с детьми [8]. Такие женщины в большей степени озабочены физическим, нежели эмоциональным состоянием ребенка. Но даже физический уход за ребенком вызывает у них чувство усталости и раздражения.

У детей, родившихся от матерей с послеродовыми депрессиями, уже в течение первого года жизни в 83 % случаев выявляют признаки эндогенных психических расстройств (циклотимия) [88]. Более чем в половине случаев преобладают тревожные депрессии, в трети случаев — адинамические. Легкие степени депрессий фиксируют в 2 раза чаще, чем умеренно выраженные. Расстройства могут возникать в первые дни и недели после родов, продолжаться от 1-3 мес в легких случаях и до 4—7 мес в среднетяжелых. Характерно отсутствие у детей тяжелой соматоневрологической патологии. Выявляемые у 20 % детей признаки перинатальной энцефалопатии, как правило, выражены умеренно.

К отказу от ребенка часто приводит нежелательная беременность, вызывающая болезненное отвращение к новорожденному. В процессе вынашивания нежелательной беременности более чем в 70 % случаев обнаруживают признаки реактивно сформированных психических расстройств [16]. В их структуре преобладает сниженное настроение от незначительной подавленности с оттенком ангедонии до выраженного тоскливого аффекта с переживанием отчаяния и суицидной настроенностью. Снижение настроения часто сопровождается психическим напряжением, тревогой, раздражительностью, недовольством. Идеи собственной виновности встречаются редко, «вектор вины» обычно направлен во вне — на мужчину, семью, конкретного родителя, обстоятельства жизни. Наблюдается также искажение самооценки, изменение представления о роли ребенка и социальной перспективы в жизни женщины, а также сверхценное стремление прервать

беременность. Часто имеет место гипертрофированная озабоченность своим материальным положением, стойкий страх перед нищетой, связанной с рождением ребенка, тревога за карьеру, немотивированный страх за здоровье и благополучие старших детей. В ряде случаев беременность сопровождается страхом раскрытия тайны перед родителями. Женщина представляет картины личного унижения, изгнания из дома, болезни и смерти одного из родителей в связи с нежелательным рождением внука. Беспокоят также контрастные переживания сцен убийства и гибели собственного ребенка. Витальный компонент расстройств выражен незначительно. Характерны редкость явлений токсикоза, нечувствительность к телесной измененности, прибавке в весе, повышение полового влечения в последнем триместре беременности. Поведенческим эквивалентом расстройств являются рискованные попытки самостоятельно прервать беременность на поздних сроках, несмотря на явную угрозу здоровью и жизни, повышенная активность, в том числе и сексуальная, миграция, наркотизация, упорное нежелание обращаться к специалистам, попытка вызвать роды в публичных местах, на вокзалах, в туалетах и др. После родов такие матери категорически отказываются видеть новорожденных, трогать их, прикладывать к груди. Часто они убегают из роддомов, несмотря на реальную возможность послеродовых осложнений, вовремя не оформляют официальный отказ, зная, что это станет препятствием для возможного усыновления ребенка. Особую группу отказниц представляют женщины, забеременевшие в результате сексуального насилия. Сохранению такой беременности способствует страх ее разглашения перед родителями, стремление как можно дольше оттянуть факт ее обнаружения (одновременно чувство угрозы и страх унижения), феномен «отрицания беременности» (отсутствие осознания беременности, несмотря на очевидные ее признаки) [17]. Для забеременевших жертв сексуального насилия характерны такие черты характера, как выраженная пассивная подчиняемость, личностная незрелость. Это создает панику и страх перед реальной угрозой и, как следствие, состояние беспомощности, приводящее к особой восприимчивости возможного насилия.

2.3. Психическая патология, возникающая под влиянием полной материнской депривации

В условиях полной материнской депривации наблюдаются следующие варианты психической патологии:

- 1) нарушение формирования личности;
- 2) нарушение психического и интеллектуального развития;
- 3) психические расстройства.

Общая характеристика. М. Е. Проселковой [82] выявлены общие закономерности формирования психопатологической симптоматики в депривационных условиях.

Указывается, что психические нарушения, возникшие в условиях материнской депривации, во многом зависят от времени воздействия депривационного фактора. Чем раньше возникла депривация, тем тяжелее возникающая патология. Для раннего возраста характерным является преобладание расстройств эмоционально-волевой сферы, неравномерность отставания интеллектуального развития с преимущественным нарушением развития речи (особенно экспрессивной). Значительно чаще, чем у семейных детей, выявляются патологические привычные действия (сосание одежды, пальцев рук, яктации, трихотилломании и др.), признаки депривационной (апатической или маскированной) депрессии, явление депривационного псевдоаутизма. После 3 лет психическая патология представлена в основном характерологическими нарушениями и задержками интеллектуального развития. Во всех возрастных группах у депривированных детей отмечается малая дифференцированность и поверхностность в общении с

оказывающими, недостаточность развития высших эмоций — чувства жалости, сочувствия, соучастия, способности сознавать свою вину, испытывать чувство стыда, а также низкая работоспособность, расстройства внимания, памяти, рентные установки. Характерна трансформация депривационных психических расстройств с возрастом в виде редукции ранней патологии к 4-7 годам. Устойчивыми оказываются характерологические изменения в эмоционально-волевой сфере. В частности, у подростков, переживших раннюю депривацию до 3-летнего возраста, выявляются патохарактерологические изменения дефицитарного типа.

Характерный для депривированных детей симптомокомплекс в виде недостаточности развития аффективной стороны личности, задержки или искажения формирования психических функций, парааутистических проявлений и др. называется синдромом «сиротства» [83]. Он сопоставим с некоторыми клиническими симптомокомплексами раннего возраста, в структуре которых отмечаются нарушения коммуникативной функции, эмоциональные расстройства, двигательные стереотипии. Это «ранний адаптационный синдром слепых детей», ранний детский аутизм, «шизотипический диатез».

Согласно М. Е. Проселковой [82], среди множества патогенных факторов, воздействующих на ребенка при сиротстве, ведущим в патогенезе расстройств является депривациогенный, включающий в себя родительскую депривацию и особенное микросоциальное окружение (детское закрытое учреждение). Это подтверждается сходством и однотипностью синдрома «сиротства» у разных детей.

В то же время депривационные психические нарушения характерны, в первую очередь, для тех детей, которые в силу конституционально-наследственных особенностей особенно восприимчивы к патогенному влиянию депривационного фактора [139]. Многие из психических расстройств, выявляемых у детей в депривационных условиях, обязаны своим происхождением другим факторам (резидуально-органическому, наследственному и пр.) и имеют весьма сложную клиническую структуру. В связи с этим необходимо дифференцировать те из них, которые возникли вследствие материнской депривации, от возникших по другим причинам [139]. Это важно для оценки их прогноза. Некоторые психические расстройства, встречающиеся у детей в депривационных условиях, традиционно рассматриваются как принципиально обратимые (патологические привычные действия, реактивная депрессия, невротические нарушения и др.) [21].

2.3.1. Нарушение формирования личности

В литературе, посвященной влиянию депривации на развитие ребенка, до сих пор не существует единой точки зрения относительно возможных последствий этого состояния для формирования личности ребенка и подростка. Среди западных психологов в 40-50-е гг. материнская депривация традиционно рассматривалась как тяжелое и необратимое состояние, приводящее к «аффективной бесчувственности», способствующее формированию специфического типа личности, отличающего воспитанника детского заведения [ИЗ]. Дети, лишённые материнства, описывались как «потенциальные преступники», отличающиеся повышенной жестокостью и агрессивностью, отсутствием социально-этических норм в поведении.

Считается, что последствия ранней материнской депривации, имевшей место до 3-летнего возраста, в дальнейшем невосполнимы. В частности, W. Gold-farb наблюдал у детей, которые в первые 3 года воспитывались в закрытом учреждении (приюте), а в дальнейшем были отданы на воспитание приемным родителям, выраженное ограничение способности к общению, повышенную агрессивность, жестокость, бесконтрольное импульсивное

поведение [132]. В. Tizard [163] исследовала 2 группы детей — находившихся в закрытом учреждении длительно и находившихся в приюте короткое время, а затем быстро усыновленных или переведенных в семейный детский дом, где они наблюдались более чем 80 специалистами. Обнаружилось, что ранние депривационные расстройства с течением времени постепенно сглаживаются и компенсируются. В 8-летнем возрасте большинство детей были способны устанавливать эмоциональные контакты с приемными родителями или воспитателями приюта. Однако дети, прожившие в условиях закрытого детского учреждения более 4 лет, были тревожны, не поддавались контролю со стороны взрослых и плохо успевали в школе. В возрасте 16 лет у них отмечались выраженные наклонности к девиантному поведению.

В настоящее время в отечественной психологии активно разрабатывается учение J. Bowlby о последствиях ранней материнской депривации. Феномен ранней родительской депривации и воспитания детей в общественных заведениях внимательно изучают в связи с их последующим криминальным поведением [5]. Преступные наклонности связывают с неудовлетворенностью базисной потребности в привязанности в самом чувствительном периоде жизни — младенчестве. Ранняя эмоциональная депривация закладывает основы будущего социального и психического неприятия окружающей среды и ее ценностей, ожидание угрозы со стороны окружающего мира.

В отечественной психологии 30-50-х гг. существовала противоположная точка зрения. Отношения между матерью и ребенком не считались биологически обусловленными. Выдвигался тезис о большей биологической целесообразности политропной привязанности младенца. Считалось, что последняя имеет филогенетические корни, так как в процессе эволюции человека политропность привязанностей способствовала более эффективному выживанию потомства. Н. М. Щелованов [104] допускал, что в доме ребенка дети могут успешно развиваться при условии хорошо организованной педагогической работы, что не разлука с матерью, а дефицит воспитания задерживает нормальное развитие ребенка. Причиной нарушений развития могут быть конкретные обстоятельства, сложившиеся в детском закрытом учреждении: безразличие к детям персонала, равнодушие к подаваемым ими знакам общения, отсутствие необходимых игрушек, сенсорная депривация.

В настоящее время отечественными психологами признано, что общение с матерью является одним из главных условий полноценного психического развития ребенка [76, 81, 84]. Дети из семьи уже в 3 мес лучше выделяют взрослого и используют более разнообразные средства общения, чем их сверстники из домов ребенка, у которых значительно снижена активность в коммуникативных ситуациях [65]. У депривированных младенцев значительно задерживается развитие самосознания (образа «Я») [1].

Основным отличием детей, воспитывающихся вне семьи, А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых [81] считают недостаточность развития внутреннего плана личности. Воспитанники детских домов реже смеются, их движения скованны и маловыразительны, беднее словарный запас, проще и однообразнее грамматический состав речи, гораздо меньше оценочных суждений.

Считается, что у детей, растущих в детских учреждениях, не просто задерживается формирование характерных для их возраста форм общения и взаимодействия с окружающими, но и развиваются принципиально иные механизмы, с помощью которых ребенок приспосабливается к окружающим условиям [102]. Это происходит как вследствие утраты ранних эмоциональных связей с родителями, так и вследствие того, что жизнь в детском закрытом учреждении не требует от ребенка выполнения тех функций, которыми

наделены дети в обычной жизни.

Дети домов ребенка первых лет жизни испытывают потребность в повышенном внимании и доброжелательности, которая доминирует вплоть до конца дошкольного возраста. Для их сверстников из семьи характерны уже более сложные формы общения, включающие познавательные интересы, стремление к сотрудничеству со взрослыми, потребность в уважении и взаимопонимании. Поведение семейных детей более свободно и эмоционально насыщено. Основными отличиями семейного воспитания от общественного, по И. А. Залысиной и Е. О. Смирновой [34], являются следующие:

- 1) семейные дети получают больше внимания со стороны взрослого, которое индивидуально адресовано (личностная обращенность);
- 2) частая смена ухаживающего за детьми персонала детских учреждений (множественность привязанностей);
- 3) контакты со взрослыми в семье эмоционально более разнообразны;
- 4) мягкое, терпеливое отношение к ребенку в семье, наряду с жестко регламентированным детским поведением в учреждении.

В условиях полной материнской депривации отмечается очень раннее возникновение общения между детьми — уже на первом году жизни. Для семейных детей не характерен столь ранний интерес к сверстникам. В то же время общение у депривированных младенцев имеет свою специфику. Она проявляется в том, что отношения между сверстниками складываются не как приятельские, дружеские, а по типу родственных. Это может производить впечатление видимой стабильности, защищенности, когда группа сверстников выступает в качестве своеобразного аналога семьи. В то же время это мешает формированию равноправных отношений. Дети неспособны правильно оценить свои личностные качества, лишены избирательной дружеской привязанности. Каждый ребенок вынужден адаптироваться к большому числу сверстников. Контакты между детьми поверхностны и поспешны. Критерием благополучия ребенка является отношение к нему группы сверстников. В случае негативного отношения ребенок испытывает разочарование и неудачу, что часто приводит к пассивному отчуждению и агрессии [102].

Динамика развития усыновленных детей-сирот зависит от множества факторов: конституционально-наследственных особенностей ребенка, отягощенности пренатальными и постнатальными заболеваниями, раннего психического развития, особенностей приемных родителей и микросоциального окружения. Считается, что последствия ранней депривации несколько сглаживаются, если ребенок в дальнейшем попадает в интеллигентную семью. Однако сам факт воспитания ребенка приемными родителями в ряде случаев может быть причиной возникновения у него вторичных психотравмирующих переживаний. Приемные родители подчас испытывают сложные отношения к усыновленному ребенку. Многие из них переживают утрату способности иметь детей и, как следствие, отсутствие у себя чувства идентичности как членов генеалогической цепи [149].

Прогноз компенсации депривационных нарушений формирования личности зависит от продолжительности нахождения в условиях депривации. Дети, чья депривация длилась первые три года или больше, демонстрируют социальные, эмоциональные и интеллектуальные трудности даже после того, как они провели несколько лет в стабильной домашней обстановке. Они имеют большие трудности в формировании привязанности к приемным родителям.

2.3.2. Нарушение психического и интеллектуального развития

Около 76 % воспитанников домов ребенка имеют отклонения в психическом развитии.

Среди них 52 % — это парциальные задержки, 24 % — олигофрении легкой и среднетяжелой степени [52].

В первые полгода у соматически и неврологически здоровых младенцев домов ребенка, как правило, наблюдается своевременное (или с незначительным запаздыванием) возникновение зрительных, слуховых, двигательных реакций. Однако в последующем, после полугодия, развитие резко замедляется (так называемый феномен «угасания» развития). Выявляется задержка в развитии зрительных и слуховых дифференцировок, навыков действий с предметами. На фоне общей задержки двигательного развития преобладает отставание развития пассивной и активной речи. Голосовые проявления отличаются редкостью и бедностью артикуляций, рудиментарностью гуления и лепета, недостаточностью интонационной выразительности речи. Первые слова появляются достаточно поздно — после полутора-двух лет.

В целом поведенческие реакции младенцев, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации, характеризуются: трудностью возникновения, транзиторностью и рудиментарностью проявлений, слабой выраженностью, недостаточной развернутостью и длительностью [96]. Очень рано возникает интерес детей друг к другу как компенсация дефицита общения со взрослыми.

В психическом развитии депривированных младенцев, начиная со 2-го полугодия первого года жизни, часто обнаруживаются проявления регресса:

- 1) нежелание инициировать контакт со взрослым;
- 2) отсутствие положительных эмоциональных проявлений — улыбок, мимических реакций, двигательной активности в ответ на появление взрослого;
- 3) преобладание отрицательных эмоций; 4) нарушение зрительной фиксации (ребенок отказывается смотреть в глаза взрослому); 5) отсутствие слухового сосредоточения (не прислушивается к голосу взрослого); 6) отсутствие некоторых поведенческих навыков (захвата и удержания игрушек, множественных манипуляций с предметами, рассматривания нескольких объектов) [26]. Регрессивные формы поведения сопровождают, как правило, депрессивные расстройства младенцев, являются одним из компонентов анаклитической депрессии.

У детей, находящихся в условиях полной материнской депривации, отчетливые признаки дизонтогенеза отмечаются начиная со второго года жизни [83]. В поведении преобладает выраженная пассивность, пониженный аффективный резонанс, бездеятельность. Характерна стереотипность в двигательной сфере — однотипное потирание рук, верчение головой. Выявляются особенности игровой деятельности — отсутствие тематических и ролевых игр. В большинстве случаев дети бесцельно переключают игрушки с места на место. Отмечается недостаточность развития манипулятивной деятельности (тонкой моторики). Задержка развития речи проявляется преобладанием однословных высказываний и рудиментарных речевых форм — лепета. Наблюдается отсутствие фразовой речи. У детей недостаточно сформирован навык артикуляции, звукопроизношение отличается неточностью и бедностью используемых фонем и слогов. Недостаточно развита интонационная выразительность речи [83].

На третьем году жизни обращают на себя внимание такие особенности развития детей, как отсутствие каких-либо зачатков высших эмоций — радости, горя, сопереживания. В поведении детей и их общении со взрослыми преобладают примитивные проявления — реакции захвата, протеста, отказа, немотивированной агрессии.

2.3.3. Психические расстройства, возникающие под влиянием полной материнской депривации

Депрессивные состояния. Впервые депрессивное состояние, возникшее в связи с отрывом ребенка от матери, описали К. А. Spitz, К. М. Wolf [160]. Авторы назвали расстройство «анаклитическая депрессия» (термин «анаклинный» означает связь с человеком, обеспечивающим ребенку максимальное удовлетворение витальных потребностей). Состояние характеризуется прогрессирующей потерей интереса к окружающему миру, исчезновением аппетита, снижением массы тела, замедлением темпа развития. В клинической картине выявляется также бедность мимики младенца, вялая реакция на звуковые раздражители, двигательная заторможенность, крик-плач по ночам в сочетании с нарушением сна.

Дети, ранее бывшие улыбчивыми, активными, находившиеся в дружеском и свободном общении с окружающими, становятся плаксивыми, грустными, боязливыми. При попытке общения они прижимаются к взрослому, требуют внимания. В последующем усиливаются сниженное настроение и раздражительность. Постепенно плаксивость исчезает, на первый план в состоянии выходят безразличие, потеря интереса к чему-либо, отсутствие потребности в общении со взрослыми. Большую часть времени ребенок лежит на животе отвернувшись. Характерно «замершее» или тоскливое выражение лица. Ребенок в течение нескольких часов может лежать неподвижно с широко раскрытыми глазами, как бы не замечая окружающих. Общение с ребенком становится все более трудным и, наконец, невозможным [139].

Анаклитическая депрессия обычно возникает у младенцев в возрасте 6-11 мес спустя 4-6 нед после внезапного ухода матери. Возвращение матери в течение первых трех месяцев приводит к быстрой редукции симптоматики. Однако разлука сроком более трех месяцев способствует закреплению описанных выше нарушений. Фаза сопротивления сменяется фазой истощения. Возникает необратимое состояние — синдром госпитализма. Двигательная активность ребенка при этом резко сокращается, появляется бессонница. Ребенок прогрессивно теряет в весе, наблюдается склонность к респираторным инфекциям и экземе. Характерна выраженная задержка и регресс психического развития.

Выраженность расстройства во многом зависит от того, какими были отношения между ребенком и матерью до ее ухода [139]. Анаклитическая депрессия чаще развивается у детей, матери которых до разлуки с ребенком были внимательными и заботливыми. Дети, сильно привязанные к матери, переносят разлуку значительно хуже, чем те, привязанность которых к матери отличалась слабостью и поверхностностью. Выраженность депрессии зависит также от условий воспитания и, в частности, от того, насколько отсутствие матери могут компенсировать находящиеся рядом с ребенком взрослые.

Пассивность и полное безразличие к окружающему миру при анаклитической депрессии могут быть приняты за проявление олигофрении, тяжелого органического поражения мозга, раннего детского аутизма, что делает необходимым проведение дифференциальной диагностики расстройства с указанными состояниями. Анаклитическую депрессию следует также отличать от наблюдающихся в норме «страхов 8-го месяца жизни» как возрастной фазы развития младенцев. Последние при правильном подходе могут быть преодолены.

Нозологическая принадлежность анаклитической депрессии до конца не ясна. Согласно описавшим ее авторам, это состояние можно приравнять к меланхолии взрослых. Однако анаклитическая депрессия является психогенным состоянием, а не аффективным колебанием настроения.

М. А. Ribble [153] описала 2 синдрома, встречающихся у воспитанников детских приютов в младенческом возрасте: 1) общий «негативизм» в сочетании с полной потерей аппетита, отказом от еды, снижением способности усваивать пищу, изменением тонуса мышц;

2) депрессивный («регрессивный») синдром в виде снижения тонуса мышц и рефлексов, утраты способности к сосательным движениям (ребенок засыпает, сделав несколько сосательных движений).

Д. Н. Исаев, В. Н. Попов [40] приводят данные обследования психического состояния воспитанников дома ребенка, подвергшихся длительной полной изоляции (помещение в инфекционные боксы). В возрастной группе до 1 года у двух третей младенцев выявлено общее снижение двигательной активности. Около половины детей страдали нарушениями сна в виде длительного засыпания, частых пробуждений с плачем. У них также выявляется синдром срыгивания и рвота. Достаточно распространенными были явления раскачивания, сосания пальцев рук, замедление психического и моторного развития.

Исследования последних лет показали, что младенческие депрессии — явление многообразное по клиническим проявлениям и степени тяжести. М. А. Калинина, Г. В. Козловская, Т. Н. Королева [44] выделили три основных варианта депрессивных расстройств, связанных с фактором полной материнской депривации. Это депрессии — вегетативная, соматизированная и регрессивно-апатическая.

Вегетативная депрессия проявляется относительно неглубоким снижением настроения в виде грусти, печали, особенностями мимики (серьезное выражение лица, отсутствие улыбки), плаксивостью. Суточных колебаний настроения, как правило, не наблюдается. Характерным является наличие вегетативных расстройств. Нарушения сна проявляются трудностью засыпания, беспокойством во время дневного и ночного сна с частыми пробуждениями. Расстройства питания включают частые срыгивания, отсутствие прибавки массы тела при сохранении нормального и даже повышенного аппетита, утрату чувства насыщения при приеме пищи. Вегетативная депрессия чаще наблюдается при прерываемой депривации, когда бросившая ребенка мать эпизодически его навещает. Если разлука с матерью превышает 3 нед, то состояние непрерывно ухудшается. Быстрое возвращение матери приводит, как правило, к редукции вышеописанной симптоматики, в связи с чем данный вариант аффективных расстройств может быть отнесен к начальному этапу депривационной депрессии [44].

К особенностям детей с вегетативной депрессией относятся повышенная потребность во внимании и особенно в телесном контакте со взрослыми (реакция на сенсорную депривацию). При расставании с окружающими взрослыми у младенцев отмечаются бурные реакции протеста в виде плача с последующей слезливостью. Последствием длительного расставания является утрата интереса ко всему, при многократном повторении данной ситуации — задержка формирования новых навыков [44].

Соматизированная депрессия проявляется психосоматическими расстройствами (экзема, нейродермит, бронхиальная астма и др.), оттесняющими на второй план собственно депрессивную симптоматику. Течение заболевания затяжное или волнообразное. Этапу соматизированной депрессии часто предшествует депрессия вегетативная, но в ряде случаев она может отсутствовать. Характерным для настроения детей является оттенок равнодушия. Их поведение при этом необычно спокойно, с повышенной послушаемостью, молчаливостью, отстраненностью. Младенцы, как правило, перестают плакать и требовать к себе внимания, не ищут зрительного контакта со взрослыми, выглядят заторможенными, мало перемещаются по манежу, не замечают игрушек и не понимают условий предлагаемой

им игры. При тщательном наблюдении за детьми выявляется классическая депрессивная триада в виде сниженного настроения, речевой и двигательной (игровой) заторможенности, доходящей в ряде случаев до ступора с мутизмом. На фоне этого достаточно часты явления яктации, сосания пальцев, частей тела и одежды. Состояние может осложниться сопутствующими респираторными заболеваниями, снижением массы тела, регрессом психомоторного развития [44].

Регрессивно-апатической депрессии, как правило, предшествует вегетативная и соматизированная. Характерным является редукция соматического заболевания и усиление регрессивной симптоматики. Тяжесть расстройства определяется состоянием ступора. Дети выглядят неподвижными, безучастными, беспомощными, отрешенными. Отсутствует прибавка роста и массы тела. Могут возникать аутоагрессивные тенденции, а также кататонорегрессивные симптомы — ходьба на цыпочках, манежный бег, манерность позы. Дети резко отстают в развитии [44].

При разлучении ребенка с матерью в возрасте от 12 до 17 мес наблюдается нарушение аппетита, равнодушие к игрушкам, неприязнь к другим детям, неустойчивость настроения, соматические расстройства [139]. Характерно неровное отношение к воспитателям:

дети их либо полностью игнорируют, либо отчаянно бросаются («вешаются») на каждого взрослого и требуют постоянного его присутствия. Если разлучение с матерью продолжается длительно, то у ребенка отмечаются нарушения поведения, выраженная задержка развития, невроз страха, парааутистические состояния. Различают 3 фазы поведения детей в возрасте от 18 до 24 мес в ответ на разлучение с матерью и помещение в детское закрытое учреждение.

1. Фаза протеста — ребенок плачет и мечется, зовет мать и на основе своего прежнего опыта полагает, что она будет реагировать на его призывы. В эту фазу отмечаются выраженные реакции протеста и отказа. Ребенок отказывается от пищи, игрушек, общения с кем-либо из взрослых. Отмечается бессонница. Таким образом он протестует против ухода матери. Постоянный крик-плач является средством, с помощью которого ребенок пытается привлечь внимание матери и вернуть ее.

2. Фаза истощения — ребенок примиряется с разлукой с матерью и перестает ее к себе призывать.

3. Фаза адаптации — ребенок приспосабливается к жизни без матери и пытается привязаться к кому-либо из ближайших ему взрослых.

Клиническая структура реактивных депрессий раннего детского возраста характеризуется рудиментарно-стью, бедностью проявлений, незавершенностью симптоматики, что связано с возрастной незрелостью эмоционально-идеаторного уровня психического реагирования. Депрессии в раннем детском возрасте имеют выраженную тенденцию к маскированности. В их клинической картине, согласно Е. И. Кириченко [45], преобладают не столько аффективные нарушения, сколько соматовегетативные проявления, расстройства поведения, отклонение в развитии. Раптоидные состояния проявляются стереотипной двигательной активностью. Наблюдается бесцельный бег по комнате, множество мелких лишних движений, метание из стороны в сторону, сопровождающиеся криком.

У детей от 1 до 3 лет в структуре реактивной депри-вационной депрессии, по данным Е. И. Кириченко, Ю. С. Шевченко, Г. И. Бобылевой [47], могут наблюдаться психомоторные и соматоневрологические расстройства регрессивного характера. Они могут носить как продуктивно-дизонтогенетический, так и нега-тивно-дизонтогенетический характер. Наблюдаются периоды расторможенности регрессивного феномена «длительно

сохраненной позы», особая осанка, полусогнутые колени, общая заторможенность до степени аффективного ступора, симптом Робинсона (сильный хват предмета, вместе с которым можно поднять ребенка), феномен «кручения» и бега по кругу, мутизм. При длительной депрессии наблюдаются негативно-дизонтогенетические психомоторные и вербальные нарушения: ограничение речевой активности, замедленный темп роста словаря, задержка развития тонкой моторики. Регресс эмоционально-волевой сферы проявляется симбиотическим характером привязанности к матери, феноменом «тождества» (нежелание расставаться с привычными игрушками, предметами, симптом «стула»). Регрессивные соматовегетативные расстройства проявляются снижением реакции на дискомфорт, склонностью к запорам, потерей массы тела, ситуационно обусловленной задержкой мочеиспускания (элективная аффектогенная анурия), нарушением ритма сон-бодрствование, патологическими привычными действиями (яктация, мастурбация).

Страхи. У младенцев, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации, отмечается повышенная склонность к возникновению страхов. Наиболее распространенные из них связаны с гиперчувствительностью к новизне, изменчивости окружающей обстановки, появлению новых людей, необычных игрушек, предъявлению новых тактильных, голосовых, зрительных стимулов. М. К. Бардышевой [9] описаны особенности страхов депривированных детей. Отмечается, что в условиях депривации усиливается психофизиологическая готовность к возникновению страхов, искажаются специфические стимулы, тормозящие и вызывающие страхи, частично утрачивается адаптивный смысл биологически обусловленных форм страхов. Страхи оказывают общее тормозящее влияние на развитие моторики, игры, символического мышления. У депривированных младенцев не наблюдаются характерные в норме для семейных детей страхи чужих взрослых и разлуки с близкими («страхи 8-го месяца жизни», по R. A. Spitz). Наряду с этим усиливается страх изменения окружающей обстановки (различные варианты симптома тождества: симптом «стула» — ребенок перемещается по помещению вместе со стулом, на котором сидит; симптом невыпускания игрушки из руки), страх тактильного контакта (поглаживания, прикосновения, взятия на руки — ребенок съеживается, напрягается), страх визуального контакта (ребенок избегает взгляда глаза в глаза), страх громкого голоса. Страх является обязательным компонентом любой эмоциональной реакции младенца. Например, улыбка часто заканчивается гримасой страдания, смех переходит в плач, длительно сохраняется имеющийся в норме до 6 мес феномен лицевой и голосовой эмоционально-экспрессивной двойственности. Характерен также страх игрушек, выполняющих функцию «переходных объектов» (мягкие игрушки, куклы). Последние заменяются твердыми игрушками, которые применяются, как правило, для неигровых целей (перемещение с помощью игрушек, стереотипные манипуляции). Страхи депривированных детей имеют некоторое феноменологическое сходство со страхами детей, страдающих ранним детским аутизмом. Однако у них отсутствует типичный для аутистических детей сверхценный уровень переживаний. Страхи депривированных младенцев, кроме того, являются психологически понятными (компенсация эмоционального одиночества).

Глава 3. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

На первый взгляд, питание младенца представляется феноменом простым, сводящимся к удовлетворению только биологической потребности, а нарушения питания традиционно сводятся лишь к перечню расстройств, описанных в руководствах по педиатрии, детской хирургии и инфекционным болезням.

Вместе с тем, рядом исследователей последних десятилетий показано, что психологически обусловленные расстройства питания чаще являются причиной пониженного веса, чем недокорм или специфические инфекции, и отражают трудности во взаимоотношениях между ребенком, матерью и другими членами семьи.

3.1. Особенности пищевого поведения в онтогенезе

Пищевое поведение и связанные с ним поведенческие реакции являются сложноинтегрированным актом, появляющимся с момента рождения и объединяющим в единый приспособительный компонент целый ряд структур и функций организма, начиная от анатомо-физиологических звеньев и заканчивая высшими психическими. В процессе приема пищи у ребенка активируются различные органы чувств: обонятельный, вкусовой, тактильно-кинестетический. Помимо сосательных движений, у ребенка в момент кормления наблюдается также изменение ряда вегетативных показателей (дыхание, сердечная деятельность, артериальное давление, моторика желудка и т. д.), двигательной активности (движения пальцев рук) и изменение внутреннего гомеостаза.

Основные структурные элементы пищеварительной системы закладываются уже на 3-4-м месяце внутриутробной жизни. До рождения формируются сосательная и глотательная функции. Уже на 4-м месяце внутриутробного развития наблюдают открывание рта и заглатывание околоплодной жидкости. Нормально развивающийся плод заглатывает в течение суток около 450 мл околоплодной жидкости. Ее белок является для будущего ребенка важным источником питания и фактором развития функциональной активности пищеварительной системы. В 5 мес плод начинает совершать спонтанные жевательные и сосательные движения. Предпочтение материнского запаха, лежащее в основе раннего пищевого поведения, формируется на протяжении всего внутриутробного периода. Обонятельная и вкусовая стимуляция, получаемая плодом из амниотической жидкости, оказывает влияние на избирательное формирование соответствующих сенсорных каналов. Их специфическая настроенность, в свою очередь, формирует постнатальные обонятельно-вкусовые предпочтения, значимые как для поддержания жизненно важных нутритивных потребностей ребенка, так и для формирования ранних детско-родительских отношений.

К моменту рождения пищевое поведение плода представлено достаточно совершенно развитыми сосательными и глотательными движениями. Закончено формирование обонятельно-вкусовых предпочтений. После рождения в пищеварительную систему включается также температурно-тактильная чувствительность. В период новорожденности в регуляции питания постепенно начинает принимать участие и зрительная система. Возникающая с первых часов жизни система детско-материнской привязанности также будет оказывать влияние на пищевое поведение младенца.

Основой пищевого поведения у новорожденного является сосание. В первые минуты и часы жизни сосательные движения возникают спонтанно, без контакта с грудью, и более похожи на жевание и облизывание, так как ребенок не может самостоятельно находить сосок. Однако у ребенка, уже прожившего сутки, в организации пищевого поведения возникают такие компоненты, как: 1) поиск матери; 2) поиск области расположения соска; 3) захват соска; 4) сосание.

Во время приема пищи у новорожденного происходит синхронизация дыхания, изменение сердечной деятельности и артериального давления, появляются специфические движения пальцев рук. Новорожденный ребенок способен осуществлять сосание, дыхание и глотание одновременно, хотя у взрослых во время глотания дыхание останавливается. Это происходит за счет перераспределения работы дыхательных мышц, перехода со смешанного

дыхания на грудное. Выключение из процесса дыхания брюшного компонента способствует прохождению пищи в желудок.

Для нормального развития пищевого поведения младенца большое значение имеют такие стимулы, как запах и тепло матери, а также вкус материнского молока. Подобная закономерность имеет филогенетическую природу и отмечается у многих видов млекопитающих. У щенков первых часов жизни, например, наблюдается стойкое предпочтение запаха шерсти матери другим обонятельным стимулам. У крысят и котят, ранние формы поведения которых изучены достаточно хорошо, этап пищевого поведения, включающий в себя поиск матери, определяется температурной рецепцией. Процесс поиска соска, в свою очередь, зависит от получаемых обонятельных стимулов матери.

Поведение котят, лишенных в эксперименте обоняния, отличается существенными особенностями. При принципиальной сохранности основных пищеварительных процессов (актов сосания и глотания) они все же не прибавляют в массе тела и прозревают на 3-4 дня позже котят с нормальным обонянием. У них резко снижается двигательная активность. Если же котята лишались обоняния сразу после рождения, до первого кормления, они были не способны захватить сосок и без искусственного вскармливания вскоре погибали.

Поиск соска у новорожденных животных во многом осуществляется под влиянием вкуса и запаха околоплодной жидкости, наносимой матерью на поверхность живота после родов. Высказано предположение, что околоплодная жидкость и слюна, наносимая на поверхность живота в течение всего периода лактации, близки по составу. У человека состав слюны матери, амниотической жидкости и молозива также сходен. После рождения дети безошибочно распознают запах своей матери и предпочитают его всем другим.

3.2. Классификация и клиническая картина нарушений пищевого поведения

Различают четыре основные формы расстройств пищевого поведения, преимущественно связанные с нарушениями детско-материнских отношений: 1) регургитационное и «жевательное» расстройство («жвачка», мерицизм); 2) младенческая нервная анорексия (инфантильная анорексия); 3) постоянное поедание несъедобных веществ (PICA-синдром); 4) пищевое недоразвитие.

3.2.1. Регургитационное и «жевательное» расстройство («жвачка», мерицизм)

Это относительно редкое нарушение, одинаково часто встречаемое у мальчиков и девочек. Основными диагностическими критериями являются: а) повторяющееся отрыгивание, пережевывание и повторное проглатывание пищи при отсутствии патологии желудочно-кишечного тракта; б) потеря массы тела.

Первые проявления наблюдаются, как правило, в возрасте 3-12 мес, могут продолжаться 2 года, а по некоторым данным — до 6 лет.

К причинным факторам расстройства относят как избыточность, так и недостаточность материнской привязанности. В первом случае «жвачка» рассматривается как усвоенная модель поведения, усиливающаяся под влиянием родительского внимания, а во втором — как средство привлечения того же внимания в условиях его дефицита.

В отдельных случаях «жвачка» является, по-видимому, замещающей формой поведения, приносящей ребенку удовлетворение. Имеется нейрхимическая гипотеза «жвачки». В соответствии с ней, одним из основных условий поддержания в организме ребенка необходимого уровня эндогенных опиатов (эндорфинов) является устойчивая детско-материнская привязанность. При слабой привязанности или полной материнской депривации у младенца наблюдается эндорфиновая недостаточность. Пережевывание пищи стимулирует продукцию эндорфинов.

Некоторые дети выплевывают большую часть пережеванной пищи, в результате чего их вес прогрессивно снижается. Наиболее высокий риск истощения наблюдается у пассивных детей. Вместе с тем, докармливание не всегда эффективно, так как приводит к повторной регургитации.

Помимо депривационных механизмов, в происхождении меризицизма играют роль также негрубые пороки развития желудочно-кишечного тракта и неврологическая патология. Подобная этиологическая неоднородность пищевых расстройств имела место и в следующем клиническом примере.

Больной М.К., 2 мес. Жалобы. Мальчик был доставлен в детскую больницу с жалобами на рвоту и плохую прибавку в массе тела.

Анамнез заболевания. Сразу после рождения у ребенка периодически возникали рвота и частый стул. С течением времени рвота не прекращалась, а даже учащалась, появляясь во время, после и между кормлениями. У ребенка нарастали беспокойство, нарушения сна, он перестал прибавлять в массе тела.

Ребенок из удовлетворительных материально-бытовых условий, отец по профессии моряк речного флота, мать — домохозяйка. Мать находится на учете в ПНД (психоневрологическом диспансере). Мать хотела, чтобы родился мальчик, отец был равнодушен к полу будущего ребенка. Беременность «случайная», желанная.

История развития младенца. Беременность протекала с токсикозом на всем протяжении, угрозой прерывания на 7-8-й неделе гестации. Роды на 41-й неделе, самостоятельные, с легким обвитием пуповины вокруг шеи. Ребенок закричал сразу, к груди приложили на вторые сутки, сосал неактивно.

Наблюдение за поведением ребенка при психометрическом тестировании по методике О. В. Баженовой позволило отметить, что при зрительном контакте ребенок улыбается в ответ на улыбку, после перехода на строгий тон речи перестает улыбаться, напрягается. Прослушивание ритмизированной речи не вызывает вокализаций. При прослеживании невидимой траектории в ситуации исчезновения предмета из поля зрения ребенка он начинает рассматривать другие части пространства. Когда, заинтересовав лежащего на спине ребенка разговором со взрослым, покрывают его голову платком, у него появляется диффузная активность в руках, однако снять платок ему не удается. Комплекс оживления имеет место, но содержит в себе только два компонента (двигательную активность и улыбки). В ситуации «формального общения» младенец вяло, но все же инициирует контакт, очень быстро истощаясь.

Оценка родителей: 1) отец — психически здоров, у матери пограничная психическая патология; 2) самооценка родителей: у отца низкая, у матери до последнего времени была завышена: она считала, что у ее ребенка все в порядке и ему не нужна никакая помощь; 3) способность к адаптации, скорее всего, низкая, так как родители ничего не предпринимали, чтобы исправить положение; 4) позиция в уходе за ребенком авторитарная;

5) готовность оказывать помощь — низкая. Из специфических особенностей родителей необходимо отметить то, что они, особенно мать, маловосприимчивы к потребностям своего ребенка, что подтверждается неспособностью матери дифференцировать типы крика-плача. Она считает, что из всех вариантов крика-плача имеет место один, «общий» крик, по характеру капризный.

При педиатрическом осмотре отмечено, что масса тела уменьшена по сравнению с нормой на 20 %. Рвота была столь тяжелой, что даже в отделении больницы ребенок продолжал терять в весе. У ребенка диагностирована постнатальная гипотрофия II степени.

Внимательное наблюдение показало, что младенец инициировал рвоту, пытаясь далее проглотить регургитированную пищу. Так как рвота и понос продолжались, было использовано кормление через кишечный зонд. В результате терапии стала редуцироваться гипервозбудимость, астения и уменьшилось жевание. Рвота, однако, продолжалась. После повторного рентгенологического и фиброгастроскопического исследований был установлен диагноз: грыжа диафрагмального отверстия пищевода. Проведена операция. После хирургического вмешательства мальчик стал принимать пищу через рот без последующей рвоты. Была разработана схема постепенного подключения матери к лечебному процессу, которая привела к ликвидации патологического пищевого поведения. В течение последующих двух недель ребенок стал прибавлять в массе с преодолением задержки психомоторного развития.

С точки зрения психоаналитического подхода, регургитация и мерицизм являются внешним проявлением психического расстройства и означают «выход» внутреннего напряжения, возникающего в результате нарушений взаимопонимания матери и ребенка. Младенец начинает повторно пережевывать пищу, если не может иными способами привлечь на себя внимание. Матери детей, страдающих «жвачкой», чаще всего являются незрелыми, зависимыми, эмоционально отвергают своих детей. Сторонники бихевиорального подхода полагают, что мерицизм — это усвоенная модель поведения; он усугубляется под влиянием родительского внимания.

В рамках интегративного подхода механизмы происхождения «жевательного» расстройства связываются с влиянием многочисленных факторов:

- 1) сома-тоневрологических (пороки развития желудочно-кишечного тракта, неврологические и инфекционные заболевания, перинатальная патология и др.);
- 2) депривационных (избыток или недостаток внимания со стороны матери);
- 3) индивидуальных особенностей психического реагирования ребенка (усвоенная модель поведения, купирование эндорфиновой недостаточности и т. д.).

3.2.2. Младенческая нервная анорексия (инфантильная анорексия)

К диагностическим критериям относят, во-первых, активный или пассивный отказ от пищи, во-вторых, избирательность в еде и, в-третьих, недоедание. Отказы от пищи часто начинаются вскоре после рождения. Ребенок не просыпается для кормления, отказывается сосать или высасывает незначительное количество молока. При активном отказе младенец внимательно следит за приближением рожка или ложки, что нередко приводит к опрокидыванию посуды с едой, выплевыванию пищи («пищевые войны»). При пассивном — дети отказываются принимать участие в процессе кормления, показывая полное безразличие к приему пищи и не выражая интереса к бутылочке или ложке. Жевание и проглатывание замедлены, пища задерживается в ротовой полости больше 45 мин.

Избирательность в еде выражается в специфических предпочтениях определенных продуктов, например яиц или творога. Некоторые дети отвергают пищу, имеющую зеленый или красный цвет.

К инфантильной анорексии относят продолжительные расстройства, длящиеся свыше 3 мес, так как более кратковременное снижение аппетита может быть связано с введением новых продуктов, семейными переменами (рождение брата или сестры), изменениями в режиме дня и уходе за ребенком, помещением в стационар.

Наиболее часто от недоедания страдают дети, находящиеся на грудном вскармливании, так как матери не всегда следят за количеством высасываемого ребенком молока. Нередко такие дети ведут себя тихо и спокойно, сонливы, и матери не испытывают затруднений при

уходе за ними.

При изучении причин нервной анорексии младенцев выявлен ряд специфических черт поведения их матерей [121]. При наблюдении за процессом кормления 72 детей через односторонний экран выявлено, что ряд матерей не различают подаваемых ребенком знаков «голода» и не могут адекватно на них ответить. Было, в частности, замечено, что матери детей, страдающих инфантильной анорексией, в 75,6 % случаев неадекватно реагируют на «пищевые» крики, вокализируемые их детьми [57]. Такие матери не могут справиться с кормлением детей. В их отношении к младенцам отчетливо преобладают агрессивные тенденции — раздражительность, недовольство и негодование.

Некоторые матери, напротив, не замечают признаков насыщения и продолжают насильно кормить, что вызывает сопротивление ребенка. Точно также не знают о пищевых потребностях своих детей психически больные матери.

Проблемы с кормлением чаще возникают в семьях, где старшие дети страдали пищевой аллергией, и мать после рождения находилась в состоянии тревожного ожидания заболевания ребенка. Однако участие отца в уходе за ребенком и его кормлении снижает у матери тревогу.

Выделены этапы детско-материнских отношений при инфантильной анорексии [120]. По мере развития младенческой анорексии в системе мать-дети отношения изменяются от диадической реципрокности к диадическому конфликту и, далее, к борьбе за контроль приема пищи, которая заканчивается «делкой» и материнским «невмешательством». Иными словами, мать или справляется с отказом ребенка от пищи, или патологический стереотип пищевого поведения у него закрепляется.

О распространенности ранней детской анорексии говорят следующие данные. При обследовании 359 детей в возрасте от 6 до 36 мес на значительные затруднения при кормлении в возрасте 6 мес указывали 6 % матерей, о пищевых прихотях — 12 %. В возрасте 12 мес эти соотношения не изменяются, а в возрасте 18 мес возрастают до 24 % и 15 % соответственно. В 36 мес ранняя детская анорексия отмечается уже у 34 % всех детей, а пищевые прихоти — у 23 % [135].

Различают три основных варианта младенческой нервной анорексии [57].

Первый вариант младенческой нервной анорексии — дистимический — проявляется выраженной эмоциональной лабильностью во время кормления с преобладанием дистимии. Наблюдается раздражительность, плаксивость, немотивированное беспокойство во время еды. Как правило, матери не могут понять, с чем связано такое поведение младенца, объясняя это тем, что ребенок хочет спать, что рядом не оказалось соски, что ему не нравится приготовленная пища. Стержневым симптомом у этих детей являются проходящие эпизоды сниженного настроения во время кормления, а неадекватное поведение матери способствует их закреплению.

Второй вариант младенческой нервной анорексии — регургитационный — проявляется немотивированным срыгиванием или во время акта кормления, или сразу после него. Важными диагностическими критериями являются: значительный объем регургитированной пищи, отсутствие вторичного заглатывания и пережевывания (как в случае мерицизма), отсутствие связи с введением в рацион новых продуктов. С изменением рациона могут быть связаны кратковременные эпизоды регургитации, однако к инфантильной анорексии относят расстройства, наблюдающиеся достаточно длительное время — 2-3 мес и более. Для диагностики регургитационного расстройства также категорически должны быть исключены другие заболевания, способные вызвать

длительные рвоты и срыгивания. Это патология желудочно-кишечного тракта и гипертензионно-гидроцефальный синдром.

При регургитационном варианте инфантильной анорексии срыгивание большого объема пищи является для ребенка обычным явлением. Часто младенец весьма охотно берет бутылочку и сосет молоко. Но за несколько минут до окончания кормления срыгивает большую часть проглоченного.

Больной В.И., 2 мес 1 нед. Жалобы. Мать обратилась по поводу частых срыгиваний у ребенка.

Анамнез болезни. Срыгивания начались вскоре после рождения, особенно при употреблении жидкой пищи, на протяжении 1-го месяца жизни ребенок вообще не прибавил в массе тела, на втором — значительно меньше нормы.

Ребенок из удовлетворительных материально-бытовых условий, второй ребенок в семье. Мать по профессии оператор ЭВМ, отец — электрик. Оба родителя хотели иметь сына. Беременность желанная, запланированная.

История развития младенца. Беременность протекала с токсикозом первой половины, снижением уровня гемоглобина в крови. Роды на 39-й неделе гестации, быстрые, с медикаментозной стимуляцией. Ребенок родился с однократным обвитием пуповины вокруг шеи, закричал сразу, к груди приложили через 12 ч, сосал активно. В месячном возрасте был осмотрен невропатологом, отмечен тремор подбородка, верхних конечностей, диагностирована перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Был назначен курс медикаментозного лечения, который, однако, родители не проводили.

Оценка родителей: 1) отец и мать — психически здоровы; 2) самооценка родителей достаточно адекватная; 3) способность к адаптации удовлетворительная, мать пытается справляться с трудностями; 4) позиция в уходе за ребенком авторитарная; 5) готовность оказывать помощь — относительно низкая.

Из специфических особенностей родителей необходимо отметить, что мать не понимает своего ребенка, что подтверждается неспособностью квалифицировать типы крика-плача. При опросе мать чрезвычайно затруднялась в квалификации крика-плача, заявив, что криков «хочу есть» и «хочу спать» нет вообще, а желание есть или спать ребенка можно определить только по двигательному беспокойству.

Во время осмотра отмечается тремор подбородка и верхних конечностей, что свидетельствует о наличии гипервозбудимости. Мальчик хорошо различает оттенки в эмоциональном тоне речи — при переходе на строгий тон речи он перестает улыбаться, напрягается в ответной реакции. Реакция прослеживания невидимой траектории и реакция имитации гласных удовлетворительная. Комплекс оживления содержит все три компонента. Младенец достаточно хорошо дифференцирует ситуацию «формального общения» и инициирует в этой ситуации контакт. Зрительные фиксационные пробы в соответствии с возрастом.

При повторном обследовании в 8,5 мес ребенок продолжал срыгивать, а мать сообщила, что крик обрел знаковую функцию после 4 мес: «хочу есть» — капризный и жалобный, а «хочу спать» — злой.

Нельзя исключить, что синдром гипервозбудимости провоцировал срыгивания, а мать своим неадекватным поведением, вместо того чтобы компенсировать, стимулировала патологическое пищевое поведение у своего ребенка. Неудивительно, что в 8,5 мес ребенок продолжал срыгивать, хотя к этому времени произошла полная редукция

гипервозбудимости.

Третий вариант младенческой нервной анорексии — вариант активного или пассивного отказа от пищи. При активном отказе ребенок поворачивает голову в сторону, отказывается открывать рот, сосать и глотать. Пассивный отказ сопровождается отвращением к возрастному рациону — мясным продуктам, кашам, овощам и фруктам. У ребенка отмечаются необычные пищевые предпочтения, он требует лимонов, грейпфрутов и т. д. Младенцы, перешедшие на смешанные виды пищи, требуют продуктов, предназначенных для детей более младшего возраста, употребление которых избавляет их от необходимости жевать.

При описываемом варианте младенческой анорексии отказы от пищи могут начаться вскоре после рождения. В период новорожденности ребенок не просыпается для кормления, отказывается сосать или высасывает слишком малое количество молока. После 3 мес младенец может активно сжимать губы в ответ на приближение бутылочки или ложки.

При «пищевых войнах» дети следят за приближением ложки или рожка и опрокидывают посуду с едой на пол. Если матери удастся запихнуть ребенку пищу в рот, то он обычно ее выплевывает.

3.2.3. Постоянное поедание несъедобных веществ (РІСА-синдром)

Характерной особенностью расстройства является постоянное, более одного раза в месяц, поедание несъедобных веществ. Важным диагностическим критерием является отсутствие других психических расстройств, которые могли бы вызвать такое поведение (ранний детский аутизм, детская шизофрения).

Оба пола страдают расстройством одинаково часто. Начало заболевания отмечается, как правило, в возрасте от 1 до 2 лет, а у ряда детей со второго полугодия жизни. С возрастом обычно отмечается положительная динамика.

Младенцы чаще всего поедают краску, гипс, тесемки, волосы, ворс с одежды. Дети раннего возраста могут употреблять в пищу испражнения животных, собственные фекалии, песок, насекомых, листья, гальку, сигареты, окурки. При этом не наблюдается отвращения к пище.

Большинство здоровых детей время от времени берут в рот эти предметы, но практически никогда их не проглатывают. Дети, поедающие несъедобные вещества, часто страдают задержкой психического развития или, что реже, пониженным зрением. Большинство из них воспитываются в социально неблагополучных семьях, где за ними следят в основном братья и сестры. Поедание несъедобных веществ в этом случае является следствием недостаточной заботы о ребенке и контроля за его поведением со стороны родителей. Дети не могут самостоятельно разобраться, что можно и чего нельзя употреблять в пищу. Данная разновидность нарушений пищевого поведения является следствием педагогической запущенности, в частности, несформированности у ребенка представлений о приемлемых формах поведения.

В других случаях дети поедают несъедобные вещества тайком от взрослых. Как правило, они воспитываются в конфликтных семьях. Нет данных, свидетельствующих о том, что поедание несъедобного является попыткой удовлетворить недостаток в питании.

Употребление в пищу фекалий часто отмечается у детей второго полугодия жизни. Оно обычно сопровождается игровыми манипуляциями с фекалиями [103]. Ребенок перекладывает испражнения из руки в руку, разминает большим и указательным пальцами, размазывает по простыне и ногам. При приближении взрослых младенцы пытаются вовлечь их в игровые манипуляции с фекалиями, запихивают взрослым фекалии в рот. При

этом у ребенка преобладает радостное настроение.

У двух третей матерей, дети которых страдают поеданием фекалий, отмечаются клинически выраженные признаки депрессивного расстройства. Их отношение к ребенку характеризуется непоследовательностью и изменчивостью. Элементы сверхконтроля и гиперопеки в воспитании чередуются с явным неприятием и отвержением.

Большинство проглатываемых детьми веществ безвредны, но некоторые из них при попадании в организм ребенка могут вызвать ряд осложнений. Это древесная стружка, покрытая бытовыми инсектицидами, чешуйки краски, содержащие свинец. Свинцовое отравление может также возникнуть при поедании окрашенной штукатурки. Симптомы свинцового отравления достаточно неспецифичны. К ним относятся [165]: гиперактивность, агрессивность, импульсивность, сниженный интерес к игре, вялость, раздражительность, задержка или регресс психического развития, потеря недавно приобретенных двигательных навыков, «неуклюжесть», истощаемость внимания, повышенная отвлекаемость, острые спазмирующие боли в животе, рвота, запоры, анорексия, головные боли, лихорадка.

Осложнениями при употреблении несъедобных веществ также являются кишечная непроходимость, вызванная клоком проглоченных волос, токсоплазменная инфекция, возникающая при поедании фекалий. Приведем пример.

Больная Н.М., 7 мес 3 нед. Жалобы. Мать обратилась за помощью к хирургу, так как при проведении гигиенических процедур обнаружила в нижней части живота ребенка округлое уплотнение.

Анамнез болезни. С 6-месячного возраста, после того как ребенка стали высаживать на коврик в одной из комнат для игры, мать систематически стала обнаруживать в фекалиях ворс от ковра и волосы в больших количествах. После 7 мес мать заметила, что и подгузники практически постоянно вымазаны в кале, а ребенок стал беспокойным, крикливым, у него нарушился ночной сон.

Ребенок из удовлетворительных материально-бытовых условий, второй в семье. Мать по профессии физик, отец — инженер. Отец хотел девочку, матери, с ее слов, «было все равно», кто появится на свет. Беременность желанная, запланированная.

История развития младенца. Беременность протекала с токсикозом во второй половине, угрозой прерывания на 24-26-й неделе. Со слов матери, имели место серьезные стрессовые ситуации в первой и второй половинах беременности. Роды на 40-й неделе, самостоятельные, обнаружен узел на пуповине. Ребенок кричал сразу, по шкале Апгар был оценен в 8 баллов. К груди приложили в первые сутки, была сонливой, грудь взяла вяло.

Наблюдение за поведением ребенка при психометрическом тестировании по методике О. В. Баженовой позволило отметить, что девочка легко снимает наброшенный платок. Поиск наполовину и полностью спрятанного предмета затруднений не вызывает. Вместе с тем, демонстрирует низкий объем внимания: при удерживании двух игрушек тут же роняет одну из них. Удовлетворительна реакция прослеживания невидимой траектории. При реагировании на неудачу младенец не теряет интереса к ситуации, и его поведение окрашено эмоционально положительными реакциями. В ситуации «формальное общение» ребенок демонстрирует достаточно адекватное реагирование. Зрительная фиксация в ситуации выбора без отличий от возрастного реагирования.

Оценка родителей: 1) отец и мать — психически здоровы; 2) самооценка родителей достаточно адекватная; 3) способность к адаптации не слишком высокая, так как родители медленноотреагировали на возникшие у ребенка трудности; 4) тип воспитания демократический, вплоть до вседозволенности; 5) готовность оказывать помощь — низкая.

Из специфических способностей родителей необходимо отметить, что мать не вполне понимает своего ребенка, что подтверждается неадекватной квалификацией крика-плача. Она считает, что алиментарный крик-плач сердитый, а при сомнолентном — ребенок «канючит».

При проведении пальцевого исследования прямой кишки хирургом в приемном покое ДГБ № 22 выявлен, а затем и извлечен плотный комок волос размерами 1,5 на 2 см. В результате проведенной манипуляции каломазание прекратилось.

В приведенном примере имело место пренатальное стрессирование, которое, как известно, значительно влияет на развитие ребенка. Между девочкой и матерью не складываются полноценные отношения, мать не вполне адекватно представляет себе, чего хочет ребенок. Кроме того, родителями допущена серьезная ошибка в уходе за дочерью, когда они слишком рано предоставили ей возможность играть с чем попало. Существенную роль играет в данном случае также низкий объем внимания у ребенка.

Поедание несъедобного у детей раннего возраста практически всегда является переходящим расстройством и, при проведении адекватной терапии, пищевое поведение нормализуется. Прогноз во многом зависит от условий воспитания ребенка. Он менее благоприятен, если ребенок воспитывается в ситуации безнадзорности и вседозволенности. В редких случаях поедание несъедобного как форма нарушений пищевого поведения сохраняется в подростковом возрасте.

3.2.4. Пищевое недоразвитие

Принято считать, что это расстройство выявляют в возрасте 3-12 мес у 1 % госпитализированных в соматический стационар младенцев. По другим данным большого популяционного исследования 2610 детей, проживающих с родителями, данная патология была выявлена в 3,3 % случаев [168].

Тщательное соматоневрологическое обследование детей, страдающих пищевым недоразвитием, как правило, не выявляет тяжелых случаев патологии, только в 0,8 % случаев педиатрический диагноз имеет достаточное обоснование. Вместе с тем, постоянное недоедание сопровождается задержкой психического и физического развития, что дает основание отнести это заболевание к более широкой группе расстройств, проявляющихся прогрессирующим нарушением развития в связи с недостатком ухода за ребенком. Подобная ситуация возникает в основном в неполных семьях, занимающих низкое социальное положение. Матери детей часто страдают различными психическими заболеваниями.

В отечественной педиатрической литературе пищевому недоразвитию по клиническим описаниям наиболее соответствует диагноз «гипотрофия». Гипотрофия определяется как хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела. По мнению большинства авторов, лечение данного варианта гипотрофии должно включать психотерапевтические воздействия. Наряду с контролем за массой тела, ростом и суточной потребностью в калориях необходимо проводить работу по преодолению конфликта в отношениях между матерью и ребенком. При своевременном вмешательстве прогноз, как правило, благоприятный.

В нашей стране гипотрофии встречаются достаточно редко — у 0,5-1 % детей раннего возраста, что связано с традиционным внимательным отношением педиатров к этому заболеванию и развитой системой педиатрического обслуживания населения.

Больная Р. Н., 12 мес. Анамнез болезни. Поступила в Детскую городскую больницу с чесоткой, гастроэнтеритом и гипотрофией II степени. При поступлении девочка имела

сниженную массу тела, отставание в росте и задержку психомоторного развития.

История семьи. Ребенок из плохих материально-бытовых условий, отец злоупотребляет алкоголем, оба родителя нигде не работают. Проживают в отдельной 2-комнатной квартире, в семье еще двое детей. И матери, и отцу «было все равно», кто родится. Беременность случайная, но, со слов матери, желанная.

История развития младенца. Беременность протекала с небольшим токсикозом в первой половине. Роды на 39-й неделе с медикаментозной стимуляцией и безводным промежутком в течение 13 ч. Обнаружена «короткая пуповина», ребенок закричал сразу, по шкале Апгар оценен в 7/8 баллов. К груди приложили на вторые сутки, сосал активно. До 3-месячного возраста девочка получала кормление грудью, к педиатру не обращались до настоящего времени, так как, со слов матери, ребенок «развивался нормально».

Попытка оценить психическое развитие ребенка в возрастном промежутке 8—12 мес закончилась неудачей. Младенец оценивался по показателям возрастного промежутка 5-8 мес: девочке удается достаточно легко снять брошенный платок. Поиск наполовину спрятанного предмета вызывает затруднения, однако, после того как ребенок внимательно оглядывается по сторонам в поиске игрушки, ему удается достать этот предмет. Поиск полностью спрятанного предмета не удается. Девочка способна удерживать две игрушки, но при попытке вложить третью (по возрасту) она тут же роняет одну или обе игрушки. Рассматривание картинки удовлетворительно. В ситуации «формального общения» и реагировании на неудачу ребенок ведет себя как 6-7-месячный младенец, то есть не выражает протеста, улыбается и вокализует незнакомому взрослому, пока общение не прерывается немотивированным плачем и раздражением. Зрительная фиксация в ситуации выбора показала инфантилизацию предпочтения и отсутствие привязанности к матери. Проба определения типа привязанности по М. Эйнсворт не проводилась, так как у ребенка имела место значительная задержка психомоторного развития.

Оценка родителей: 1) отец страдает алкоголизмом, у матери пограничная умственная отсталость; 2) самооценка у матери резко снижена; 3) способность к адаптации практически отсутствует, так как родители вообще не предпринимают никаких усилий, чтобы помочь ребенку; 4) тип воспитания демократический, с тенденцией к безнадзорности; 5) готовность оказывать помощь — низкая.

Способность матери ориентироваться в потребностях ребенка практически отсутствует.

При наблюдении на отделении выяснилось, что у ребенка отсутствует какой-либо режим кормления и сна. Мать не приходила к дочери первые несколько дней и далее посещала своего ребенка крайне нерегулярно. При общении с дочерью на отделении мать продемонстрировала неспособность обеспечить за дочерью надлежащий уход.

Терапия этого случая началась с определения суточного объема питания для младенца. По одной из общепринятых формул был определен полный суточный объем питания для фактической массы тела ребенка. Далее был определен объем пищи, который можно назначить на каждый день (67 % от полного суточного объема), число кормлений было увеличено на два в сутки. Кроме того, ребенку была назначена медикаментозная поддержка (пепсин, бифидумбактерин, глутаминовая кислота и т. д.). Строгий режим детского отделения благотворно воздействовал на индивидуальные особенности сна и кормления. При кормлении делался упор на самостоятельность приема пищи ребенком. Комплексное лечение привело к тому, что девочка начала прибавлять в массе тела. Психотерапевтическое воздействие на мать включало работу для повышения ее самооценки. Мать присутствовала при обсуждении плана лечения дочери, ей терпеливо объяснялась сущность вмешательства.

На каждую манипуляцию мать давала формальное разрешение. В процессе терапии у нее снизилась тревога, она стала более открытой, появился искренний интерес к ребенку и понимание его нужд. Благодаря такому положительному сотрудничеству, мать начала принимать участие в судьбе своей дочери и почувствовала, что ее разумные действия способствуют приросту массы тела у дочери и улучшению ее развития.

Таким образом, диагноз пищевого недоразвития включает в себя неадекватное по количеству и качеству питание, снижение массы тела и замедление роста ребенка по причине неправильного ухода за ним. Ближайшие взрослые не могут понять потребностей ребенка и не способны их адекватно удовлетворить.

3.3. Дифференциальная диагностика нарушений пищевого поведения

Расстройства, внешне сходные с психогенными нарушениями пищевого поведения, могут отмечаться при некоторых соматических и неврологических заболеваниях раннего возраста. Так, при свинцовой интоксикации наблюдаются нарушения пищевого поведения по типу инфантильной нервной анорексии. Тяжелые соматические заболевания часто приводят к нарушениям питания в виде пищевых прихотей. Пищевое недоразвитие нередко связано с желудочно-пищеводным рефлюксом и неспецифической диареей. У детей с перинатальным поражением мозга наблюдается длительное привыкание к новой пище, замедленное жевание и проглатывание (элементы пассивного отказа от пищи). Дети предпочитают пищу, характерную для более младшего возраста. Указанные особенности пищевого поведения обычно сочетаются у детей с задержкой психического развития.

Основным отличием психогенно обусловленных нарушений пищевого поведения от расстройств, связанных с соматоневрологической патологией, является их относительная кратковременность, обратимость, зависимость от динамики взаимоотношений в системе мать-дитя. Психогенные нарушения питания обычно быстро редуцируются после нормализации материнско-детских отношений.

Психогенно обусловленные нарушения пищевого поведения могут возникать вторично на фоне имеющихся у детей врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта. Такие нарушения иногда называют «посттравматическими пищевыми расстройствами». Среди них часто встречается врожденный трахеопищеводный свищ. Дети с данным заболеванием для исключения попадания пищи в легкие питаются через гастростому. Необходимость постоянного наблюдения за детьми в течение длительного времени нередко приводит к тому, что их родители не могут сдерживать досаду и недовольство, вызванную заболеванием ребенка. Нарушение детско-материнских отношений способствует закреплению патологического пищевого стереотипа. Ввиду психогенных наслоений пищевое поведение у ребенка полностью не восстанавливается даже после успешно проведенного оперативного вмешательства.

Вторичные психогенные пищевые нарушения возникают также у детей, получающих питание через зонд. Расстройства пищевого поведения в данном случае являются следствием: а) нарушения биохимической регуляции цикла «голод—насыщение»; б) нарушения формирования структуры пищевого поведения от рефлекса до координированного акта сосания и глотания; в) отрицательных эмоциональных реакций, возникающих вследствие удушья при перекрытии зондом просвета дыхательных путей.

Совершенствование технологии комплексной терапии пороков развития желудочно-кишечного тракта не снимает психологических проблем. Вторичные психогенные расстройства пищевого поведения ухудшают прогноз основного заболевания. Для оптимизации лечения необходимо искусственное моделирование акта питания,

включающее в себя координирование движений мышц рта и глотки, способствующих поступлению пищи в желудок. Необходимо эмоционально положительное подкрепление каждого вновь выработанного умения. Такой подход, независимо от качества ухода за детьми, позволяет менее чем за 12 нед сформировать у них правильный пищевой стереотип.

3.4. Прогноз нарушений пищевого поведения

Прогноз нарушений питания относительно благоприятный. Большинство психосоматических расстройств пищевого поведения постепенно редуцируются после трехлетнего возраста. Вместе с тем, при исследовании 750 детей в возрасте до 15 мес показано, что нарушения сосания в первые недели и месяцы жизни приводят к риску возникновения пищевого недоразвития и других нарушений питания в более старшем возрасте. У подростков, больных нервной анорексией, в раннем детстве достаточно часто наблюдались различные нарушения питания.

При патологии пищевого поведения обращают на себя внимание, в первую очередь, особенности детско-родительских отношений. Например, считается, что общение взрослых с детьми как до начала заболевания, так и после него эмоционально обеднено. В этих условиях пища является единственным «средством коммуникации» родителей и детей. Уделяя чрезмерное внимание питанию ребенка, матери часто рассматривают отказ детей от еды как личное оскорбление. Женщины негодуют из-за того, что малыш «не оправдывает» их ожидания. Они чрезмерно озабочены физическим и телесным благополучием ребенка в ущерб его эмоциональному комфорту. Достаточно распространено предубеждение, что обильное питание в первые годы жизни — залог будущих интеллектуальных успехов ребенка. Представления матери о значимости для ребенка пищи в данном случае сильно искажены.

У детей с пищевыми расстройствами в раннем детском и младшем школьном возрасте наблюдается широкий спектр поведенческих нарушений (40 % против 15 % у детей без пищевых нарушений).

3.5. Терапия нарушений пищевого поведения

Основной целью семейной психотерапии при расстройствах пищевого поведения является как коррекция нарушений питания у ребенка, так и, одновременно с этим, нормализация межличностных отношений в системе мать-дитя. Общими принципами психотерапии нарушений пищевого поведения являются [57]:

- 1) обучение матери правильному распознаванию знаков «голода», которые подает ей ребенок с первых месяцев жизни;
- 2) коррекция представлений матери о внутритивных потребностях ребенка;
- 3) коррекция представлений матери о способах воздействия на младенца;
- 4) формирование у ребенка навыков рационального питания;
- 5) использование комплекса психотерапевтического воздействия с медикаментозным лечением.

1. *Обучение матери правильному распознаванию подаваемых младенцем знаков «голода».* Прежде всего, необходимо научить мать распознавать на слух различные типы младенческого крика-плача. Для правильного их распознавания рекомендуется вести дневники крика-плача. В процессе наблюдения за ребенком в левой половине страницы отмечаются характерные особенности крика-плача, а в правой — причина, его вызвавшая («хочу есть», «хочу спать», «я мокрый»). Можно использовать также правило «паузы». Матери предлагается остановиться и задуматься, чего в настоящую минуту может хотеть плачущий ребенок. При необходимости рекомендуется использовать помощь других членов

семьи, особенно тех, кто уже имеет опыт ухода за детьми раннего возраста.

2. *Коррекция представлений матери о нутритивных потребностях ребенка* включает в себя разъяснение наиболее распространенных ошибочных представлений о потребностях младенца в пище, динамике прироста его массы тела. Одновременно необходима работа по повышению у матери самооценки. Для этого ей предлагается присутствовать при обсуждении плана лечения, терпеливо объяснять цель и сущность вмешательства. На каждую манипуляцию с ребенком мать должна давать формальное разрешение.

Наиболее эффективной методикой коррекции представлений матери о потребностях младенца в пище является метод видеообратной связи.

Методика видеообратной связи включает в себя просмотр пациентом видеозаписи своего собственного поведения, в данном случае процесса кормления матерью ребенка. Таким образом создаются условия для того, чтобы «со стороны» объективно оценить свое поведение. Мать самостоятельно или под руководством врача отмечает допущенные в ходе кормления ошибки, что способствует пересмотру ее позиции и трансформации поведения в более адаптивное.

По способам применения и средствам привлечения внимания к содержанию предъявленной информации различают активную (отобранный фрагмент видеозаписи демонстрируют матерям с подробными комментариями врача) и пассивную видеообратную связь (видеосюжеты используют без их анализа). По времени предъявления выделяют прямую (в ходе сеансов) и отсроченную (после сеансов) видеообратную связь. По содержанию отобранных материалов видеообратная связь разделяется на тематически-ориентированную (внимание акцентируется на одном из аспектов материнско-детских отношений) и аморфную (матерей ориентируют на восприятие и интерпретацию своего поведения в целом).

Видеозапись поведения матери и младенца при кормлении грудью проводят в специальной комнате, в центре которой помещается видеокамера на штативе. Видеокамера постоянно находится в данной комнате до начала эксперимента, чтобы матери относились к ней как к предмету окружающей обстановки. Видеокамеру устанавливают на автоматический режим работы, и в специальной комнате остается мать с новорожденным на руках в фокусе досягаемости объектива. В конце сеанса в комнату возвращается врач, и видеозапись сопровождается его активными комментариями.

Оценивают вербальное и невербальное поведение матери в процессе кормления ребенка, а также действия матери при его засыпании. В этот же день мать просматривает видеозапись. Врач проводит разбор записанных фрагментов. Раз в неделю проводят разборы в присутствии группы матерей.

Групповые разборы фрагментов видеозаписи опираются на принцип «положительного примера». Основными отличиями этого психотерапевтического приема являются: наглядность, доступность, возможность сравнения, убедительность.

Применение видеообратной связи приводит как к редукции нарушений пищевого поведения у детей, так и к нормализации лактации у матерей. Отмечается также улучшение качества кормления.

Выявлены типичные ошибки матерей при кормлении. К ним относятся: 1) неправильное положение младенца у груди; 2) неправильное положение рук матери; 3) отсутствие стимуляции сосательного рефлекса ребенка, основанное на традиционном заблуждении о невозможности сосания ребенком во время сна; 4) кормление из одной груди; 5) кратковременность кормления и последующий быстрый докорм из рожка; 6) неудобство

одежды матери; 7) слишком тугое пеленание ребенка.

3. Коррекция представлений матери о способах воздействия на младенца. Пищевое поведение ребенка во многом зависит от качества детско-материнской привязанности и, в частности, от поведения матери во время кормления. Надежная детско-материнская привязанность, в свою очередь, возникает при высоком уровне активности младенца в такие режимные моменты, как кормление и бодрствование. Формированию надежной привязанности способствует умение матери во время кормления и бодрствования поддерживать инициативу ребенка, устанавливая с ним контакт взглядов, синхронизировать свои действия с действиями ребенка, общаться в режиме диалога.

Кормление ребенка необходимо проводить с учетом мнения Б. Спока [93] о том, что «самый лучший способ сохранить хороший аппетит ребенка — это не мешать ему думать, что он сам хочет есть, а не вы хотите его накормить». Матери предлагают представить, что «она находится во власти неумолимого гиганта, который не понимает ее языка и отнимает у нее так любимый ею кофе, заставляя пить теплую воду». Можно использовать также метафору А. Фромма [95] о том, что «механизм детского питания так же тонок, как устройство часов. Стоит перекрутить завод — и часы перестанут работать. Как только мать перекормит своего ребенка — он совсем откажется от еды».

Используется, например, тезис о том, что «дети плохо едят потому, что их родители всеми силами пытаются заставить их есть хорошо». Матери объясняют, что ребенок рождается с «инстинктом упрямства», когда его слишком понукают, и с «инстинктом отвращения» к той пище, с которой у него связаны неприятные воспоминания. Применяется также прием «психотерапевтического зеркала». Матери предлагают представить на минуту себя на месте ребенка, в один из душных дней, когда ей совсем не хотелось есть. Далее мать должна вообразить, что какой-то нервничающий гигант сидит рядом и с беспокойством наблюдает за каждым куском, который она проглатывает. Она съедает немного тех блюд, которых ей хотелось, и кладет вилку, чувствуя, что насытилась. Но гигант выглядит расстроенным и говорит: «Ты даже не попробовала репу». Мать объясняет, что ей не хочется репы, но он не понимает ее настроения и ведет себя так, как будто бы она нарочно хочет его огорчить. Тогда гигант говорит, что она не встанет из-за стола, пока она не съест всю репу без остатка. Мать пробует ложечку, но чувствует легкую тошноту. Гигант зачерпывает столовую ложку репы и заталкивает ей в рот, отчего она давится (видоизменено по Б.Споку).

4. Формирование навыков рационального питания проводится в зависимости от формы нарушения пищевого поведения.

При лечении младенческой анорексии рекомендуется: 1) кормить ребенка строго ограниченное время, например, 30 мин, затем прекращать; 2) кормить в определенное время, а в промежутках воздерживаться от кормления; 3) детям старше 12 мес давать возможность есть самостоятельно, хотя бы частично; 4) кормить небольшими порциями, постепенно увеличивая рацион; 5) показать матери, как правильно реагировать на пищевое поведение ребенка.

Лечение поедания несъедобных веществ включает в себя: 1) обучение матери адекватно реагировать на подаваемые младенцем «пищевые» крики; 2) контроль поведения ребенка для ограничения его доступа к бумаге, вате, шерстяным изделиям, коврам;

3) рекомендуется соответствующий гигиенический режим в квартире с ежедневной сухой и влажной уборкой; 4) предлагается использовать современные игрушки, при манипулировании с которыми не отслаивается краска.

При терапии пищевого недоразвития родителям предлагается заносить массу и длину

тела ребенка в определенный график для сопоставления с нормативными данными. Повышается уровень знаний матерей о потребностях ребенка в пище. Для этого проводят групповые занятия в поликлиниках, детских больницах. После начала прибавки в массе тела разрешается постепенно изменить диету. Постоянный контроль пищевого поведения должен сохраняться до того времени, когда ребенок не достигнет надлежащей массы тела.

При регургитационных и «жевательных» расстройствах терапия включает в себя:

1) оценку пищевого поведения младенца в основном с точки зрения его эмоциональных потребностей и в меньшей мере физиологических;

2) сужение круга ухаживающих за ребенком лиц для обеспечения постоянства и прочности эмоциональных связей, при этом психотерапевт становится для младенца «главным опекуном» и активно участвует в его кормлении;

3) использование игрушек для простых игр, во время которых оценивается реактивность ребенка и результаты терапии;

4) дозированное увеличение внимания ухаживающих за младенцем лиц, прежде всего матери, подключение ее к процессу терапии;

5) контролирование эффективности лечения для исключения появления новых симптомов патологического пищевого поведения;

6) программу психологического «вознаграждения» и «порицания» для родителей.

Детей с пищевым недоразвитием и регургитационными расстройствами необходимо госпитализировать вместе с матерями на педиатрическое отделение раннего возраста.

Для детей с тяжелыми нарушениями пищевого поведения на начальном этапе важно определить дефицит в прибавке массы тела. Если недостаток массы тела соответствует гипотрофии II или III степени (масса тела ниже нормы на 20-30 % и более), необходимо определить полный суточный объем питания. Принято считать, что это одна пятая часть фактической массы тела, вне зависимости от возраста, но для детей первого года жизни не должна превышать 1 л. Далее определяют объем пищи от полного суточного объема, который можно назначить на сегодняшний день. При гипотрофии II степени это две трети от полного суточного объема, при гипотрофии III степени — одна треть. Увеличивается кратность приема пищи, обычно на 1-2 кормления. Длительность разгрузки зависит от улучшения аппетита у ребенка, если младенец ест охотно, ежедневно прибавляют по однократному разовому объему. Зондовое кормление применяют в состоянии выраженного токсикоза по жизненным показаниям.

5. Комплексная терапия нарушений пищевого поведения. Значительный эффект при тяжелых формах нарушений пищевого поведения дает применение ферментных и биологических препаратов. Пепсин назначается внутрь перед или во время кормления по 0,05 г 2-3 раза в день в порошке или в 1-3 % растворе разведенной хлористо-водородной кислоты. Пепсидил — по 1 чайной ложке 3 раза в день. Пепсин — основной компонент этих препаратов — способствует улучшению переваривания и усвоению белков в желудке. Бифидум-бактерин применяют за 20-30 мин до еды: детям первого полугодия жизни по 3 дозы 2 раза в день, детям от 6 мес по 5 доз 2-3 раза. Нутридофилус назначают по 1 капсуле 1 раз в день.

Часто используют также витамины группы В, витамин Е. Тиамин бромид применяют как стимулятор желудочной секреции по 1,2 мг в день. Пиридоксина гидрохлорид улучшает синтез белка, участвует в белковом обмене. Он используется по 20-30 мг в сутки.

Цианкобаламин вводят парентерально по 50-100 мкг в сутки, так как он обладает высокой биологической активностью, улучшает функцию печени, влияет на иммуногенез.

Пантотенат кальция применяется в дозе 0,05 г 2 раза в день. Он участвует в углеводном и жировом обмене.

Пангамат кальция повышает усвоение кислорода тканями, назначается в дозе 0,05 г на прием 2 раза в день.

Токоферола ацетат применяется в дозе 5-10 капель 5 % масляного раствора на прием в течение 30 дней.

При младенческой анорексии и постоянном поедании несъедобных веществ медикаментозные средства используют в комбинации с психотерапией при недостаточной эффективности последней.

Пирацетам (ноотропил) назначают больным с синдромом постоянного поедания несъедобных веществ. Кроме собственно ноотропного эффекта, этот препарат назначается для стимуляции окислительно-восстановительных процессов и усиления кровообращения в головном мозге, улучшения утилизации глюкозы, повышения устойчивости тканей к гипоксии. Пирацетам назначается в дозе 300-600 мг в сутки курсом от 1 до 3 мес. Суточная доза распределяется в течение дня с учетом активирующего эффекта препарата. Используют также пантогам в дозе 350-700 мг курсами на 1 или 2 мес.

Фенибут назначают больным с инфантильной ано-рексией, сопровождающейся приступами дистимии, у которых длительная психотерапия не дает положительного результата. При этом учитывается слабое седативное действие фенибута. Препарат назначают в дозе 100-250 мг в сут, курс 4 нед. Обычно эффект отмечается уже на 5-7-й день терапии, что проявляется уменьшением раздражительности как во время, так и вне кормления, возрастанием двигательной и игровой активности.

Опыт психофармакотерапевтической коррекции психических нарушений при функциональных расстройствах пищевого поведения показывает, что дифференцированный подход к выбору препарата по спектру действия и наличию противопоказаний позволяет избежать ухудшения состояния, развития побочных эффектов и осложнений.

Клиническая оценка эффективности терапии позволяет заключить следующее.

1. При лечении нарушений пищевого поведения целесообразна следующая очередность предпринимаемых мер: мероприятия по поддержанию нормативной массы тела, адекватному поступлению и усвоению питательных веществ, психотерапия, психофармакотерапия.

2. Эффективности психотерапии при психогенных расстройствах пищевого поведения способствует ее дифференциация по целям и задачам, позволяющая адекватно выбрать тот или иной метод.

3. При систематическом поедании несъедобных веществ эффективно применение ноотропов. Препаратом выбора является пирацетам, а при наличии синдрома гипервозбудимости перинатального генеза — пантогам.

Глава 4. РАССТРОЙСТВА СНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нарушения сна у детей раннего возраста являются самой распространенной психической патологией и доставляют наибольшие трудности ухаживающим за ребенком взрослым. К настоящему времени накоплены многочисленные факты в отношении клинических симптомов расстройств сна, причин и механизмов его нарушений. В значительной степени детальное изучение структуры сна стало возможным благодаря широкому внедрению методики полисомнографического обследования (ПСГ) — синхронной записи различных физиологических параметров во время сна, предполагающей синхронную регистрацию

следующих важнейших характеристик: электроэнцефалограммы, электроокулограммы, электромиограммы, электрокардиограммы, дыхательной активности, показателя насыщенности крови кислородом и ряда дополнительных показателей.

В данной главе будут рассмотрены особенности формирования сна во внутриутробном периоде, динамика изменения фаз сна после рождения, классификация и клиническая картина нарушений сна у детей раннего возраста.

4.1. Развитие сна в онтогенезе

У детей старшего возраста и взрослых выделяют две качественно различные фазы сна: ортодоксальный сон, или фаза медленного сна (ФМС), и парадоксальный сон, или фаза быстрого сна (ФБС).

Сон начинается с медленной фазы. Глазные яблоки при этом совершают медленные вращательные движения, иногда с саккадическим компонентом. Это I стадия медленного сна, которая длится от 30 сек до 7 мин. Погружение в сон на этой стадии пока еще неглубокое. III стадия медленного сна наступает спустя 5-25 мин после II. На III и IV стадиях ФМС разбудить человека уже достаточно трудно.

Обычно через час после начала сна можно зафиксировать первый период фазы быстрого сна (ФБС). Проявлениями ФБС являются: быстрые движения глазных яблок, нерегулярность пульса, нарушения дыхания с его остановками, микродвижения конечностей. Во время парадоксального сна увеличивается температура головного мозга и интенсивность обменных процессов, усиливается мозговой кровоток. В большинстве случаев, если человека разбудить в этой фазе сна, он способен рассказать о своих сновидениях. Первый период ФБС составляет около 10-15 мин.

В течение ночи происходит чередование ФБС и ФМС с интервалами 90-120 мин. Фазы медленного сна преобладают в первой половине ночи, фазы быстрого сна — в утреннее время. В течение ночи регистрируется 4-6 полных циклов сна.

Сон сопровождается разнообразной двигательной активностью. Можно выделить специфичные для каждой фазы сна движения. «Подергивание» мышечных групп характерно для фазы парадоксального сна, повороты тела — для I и IV фаз медленного сна. Самой «спокойной» в отношении количества производимых спящим движений является III стадия медленного сна. Во сне наблюдаются как относительно простые движения, так и движения, совершаемые с приспособительной целью. К простым движениям относятся: общие движения тела и конечностей без изменения позы, изолированные движения головой или конечностями, локальные одиночные движения (качания), одиночные движения по типу вздрагиваний, подергиваний (миоклонии), ритмические движения (сосание, «дирижирование»), изометрические движения (например, упирание ногами в стену). К приспособительным двигательным актам относятся: укрывание, манипуляции с одеждой, потягивание, принятие удобной позы. Кроме того, во сне отмечаются движения, связанные с дыханием, работой желудочно-кишечного тракта и движения, сопровождающиеся вокализациями и речью. К ним относятся: сопение, храп, вздохи, нерегулярное дыхание, кашель, глотание, икание, стон, бормотание.

Разделение сна на две фазы впервые можно зафиксировать с 28-й недели внутриутробного развития, когда впервые появляются движения глазных яблок во сне. В этот период регистрируется спокойный (СС) и активный (АС) сон, являющиеся «прообразами» медленного и парадоксального сна у взрослых. По другим данным, быстрый цикл подвижности плода (в течение 40-60 мин) как фазу АС можно зарегистрировать уже с 21-й недели пренатального периода. Быстрым он называется в противоположность второму,

более медленному (90-100 мин), который наблюдается только до рождения и связан с аналогичным материнским циклом. Быстрый цикл совпадает со средней длительностью цикла быстрых движений глаз у новорожденных, который в первые недели жизни регулярно повторяется с интервалом в 40-60 мин и не зависит от состояния ребенка.

В активном сне наблюдаются синхронные движения глаз при закрытых веках. Такие движения многочисленны у новорожденных, уменьшаются в первую неделю жизни и могут исчезать вовсе до периода 3-4 мес, когда опять хорошо выражены. В активном сне наблюдается сосание, тремор подбородка и рук, гримасы, улыбки, потягивания. Сердечная и дыхательная деятельность нерегулярны. Напротив, спокойный сон характеризуется более ритмичной сердечной и дыхательной деятельностью, минимальными движениями тела и глаз.

На ранних этапах развития активный сон преобладает над спокойным, затем их соотношение перераспределяется в сторону увеличения доли СС. Активный сон составляет 90 % продолжительности сна недоношенных со сроком гестации 30 нед и только 50 % у рожденных в срок. В возрасте 5-7 дней он уже составляет 40 %. На 3-5-м месяце жизни он также равен 40 %. Только к 3-5 годам продолжительность активного сна снижается до 20-25 %, приближаясь к показателям взрослых [128]. В период новорожденное™ фаза СС состоит только из одной стадии, соответствующей IV стадии медленного сна взрослых. К 2-3 мес жизни формируется III стадия, в 2-3 года — II стадия, в 8-12 лет — I. По другим данным, II стадия появляется с 6-го месяца жизни [108].

Кроме полисомнографических показателей, важными критериями сна на первом году жизни являются его продолжительность и распределенность в течение суток. В период новорожденности дети спят 16-17 ч, в 3-4-месячном возрасте — 14-15 ч, в 6 мес — 13-14 ч. С 3-месячного возраста до 1 года 2 мес суточная продолжительность сна является величиной постоянной и составляет 14ч. Суточный сон по сравнению с суточным бодрствованием уменьшается с 79 % у новорожденных до 52-48 % в возрасте 2 лет. Снижение этого показателя более интенсивно происходит до 3 мес и после года. В период новорожденности ребенок пробуждается через каждые 4 ч, что зависит главным образом от кормления. С 5-й недели жизни сон начинает зависеть от смены дня и ночи, и периоды сна ночью удлиняются. К 2-3 мес ночные периоды сна увеличиваются по сравнению с дневными. В этом возрасте около 44 % детей уже спят всю ночь. Далее эта цифра увеличивается, и к году большинство детей ночью спят без пробуждений в течение 8-9 ч. Данный феномен получил название «погружение».

Дневной сон уменьшается с 3-4 раз в 6 мес до 2 раз в 9-12 мес. Значительная часть детей старше 8 мес вообще в дневном сне не нуждается.

На протяжении первого года жизни изменяется поза ребенка во сне. Так, новорожденный спит в позе эмбриона, и у него наблюдается повышение мышечного тонуса. С 9-го дня жизни появляется пластический тонус («застывание» во время сна конечностей в принятом положении или в том положении, которое ребенку придадут). После 6 мес тонус мышц во сне быстро снижается, и ребенок принимает позу полного расслабления. Излюбленная поза детей до 3-летнего возраста — на животе (43 % детей).

Окончательно фазовая структура сна сформируется после того, как последовательно созреют IV, III, II и I стадии медленного сна.

Медленный сон развивается под влиянием разнообразных ритмических раздражителей и правильного режима. Это укачивание, колыбельные песни, поглаживание. Если же естественный стереотип изменяется (например, при госпитализации или раннем отнятии от

груди), то нарушается созревание механизмов синхронизации сна («внутренних часов» организма). С этим может быть связано появление большого количества двигательных стереотипии во сне (качания, биения, повышенной двигательной активности). Последние возникают как компенсация недостатка внешней стимуляции [25, 46]. Своевременное созревание всех фаз медленного сна, особенно I стадии и предшествующего ей периода, приводит к возникновению у ребенка субъективного чувства «хочу спать». При недостаточном развитии этого чувства необходимо соблюдение определенной последовательности отхождения ребенка ко сну, состоящей из привычных манипуляций, качания, колыбельных песен.

Учитывая, что до 6 мес активный сон составляет 40— 50 % общей продолжительности сна, с него часто начинается процесс засыпания. Это приводит к тому, что дети часто просыпаются через 40-50 мин, в стадии активного сна. В связи с тем что в фазу АС обычно возникают сновидения, существует большая вероятность появления в этот момент ночных страхов. Данная гипотеза основана на предположении, что дети первого полугодия жизни не отличают сна от реальности. Пробуждаясь после АС, они ожидают увидеть реальное воплощение своих снов, например человека, которого ребенок только что видел во сне рядом с собой. При этом дети часто «проверяют» окружающую обстановку, прежде чем снова заснуть.

4.2. Распространенность расстройств сна

Расстройства сна у детей первых трех лет жизни — самая частая психическая патология. Исследования, проводившиеся на здоровых доношенных детях первого года жизни, показали, что 30 % из них до 3-месячного возраста неоднократно просыпаются между первым и пятым часами ночи. У 17 % этих детей такой прерывистый сон продолжается до 6 мес, а у 10 % — до 12 мес. В возрасте 3 лет трудности засыпания отмечают у 16 % детей, 14,5 % просыпаются ночью около трех раз в неделю [154].

Высока коморбидность расстройств сна с пограничными психическими заболеваниями раннего возраста. Среди них, в первую очередь, следует отметить невро-патию, резидуально-органические церебральные расстройства перинатального генеза (синдром дефицита внимания, парциальные задержки развития и др.), психосоматические расстройства пищевого поведения. Нарушения сна выявляют у 28,7 % детей раннего и дошкольного возраста, страдающих гипердинамическим синдромом.

С возрастом частота встречаемости расстройств сна у детей снижается. Однако возрастает распространенность патогенетически связанных с ними пограничных расстройств невротического регистра. Наибольшая распространенность нарушений сна отмечается в младенческом возрасте. Далее в период раннего возраста она прогрессивно снижается, достигая стабильных цифр к 3 годам. В возрасте 3—8 лет распространенность нарушений сна существенно не меняется, составляя примерно 10-15 %. В возрасте до 14 мес расстройства сна отмечают у 31 % детей. В 3 года они сохраняются у 40 % из них, а у 80 % к расстройствам сна присоединяются другие пограничные психические расстройства.

Анализ возрастной динамики различных форм психической патологии раннего возраста позволяет заключить, что нарушения сна являются одним из основных компонентов так называемого «преневротического» состояния, которое представляет собой полиморфные переходящие нарушения (расстройства сна, аппетита, колебания настроения, эпизодические страхи и др.), связанные в основном с психотравмирующими факторами и не складывающиеся в отчетливый клинический синдром. Дальнейшая возрастная динамика указанных состояний, согласно В. В. Ковалеву [48], обычно связана с их трансформацией в

общие и системные невротические расстройства (чаще всего неврастенический невроз).

4.3. Этиология расстройств сна

В происхождении расстройств сна у детей раннего возраста играют роль несколько факторов. Прежде всего, это общий для всех психогенных заболеваний психотравмирующий фактор. Однако немаловажную роль играют наследственно обусловленные особенности темперамента детей, сказывающиеся в индивидуальных характеристиках нервно-психического реагирования, в том числе индивидуально сформированных закономерностях процессов засыпания, пробуждения, глубины и длительности сна.

В происхождении диссомнических нарушений у детей первых трех лет жизни особую роль играет возрастной фактор. Согласно представлениям о ведущем возрастном уровне психического реагирования [48], у детей первых 3 лет жизни отмечается избирательная чувствительность соматовегетативной сферы, легкость возникновения расстройств сна, аппетита, нарушений вегетативной регуляции и др.

Предрасполагающим фактором для возникновения нарушений сна в раннем возрасте следует считать также церебрально-органическую недостаточность перинатального генеза. У одной трети детей в анамнезе выявляется патология беременности и родов (хроническая внутриутробная гипоксия, тяжелый токсикоз, внутриутробные инфекции, асфиксия в родах, стремительные или затяжные роды, кесарево сечение и др.). Клинически выраженное перинатальное поражение мозга отмечается у 30 % детей, страдающих диссомниями, и лишь у 16 % детей, имеющих здоровый сон. Особое значение резидуально-органическая патология мозга имеет при нарушениях цикла сон-бодрствование.

Исследование детей, страдающих диссомниями, выявило связь нарушений сна с другими заболеваниями раннего возраста. Так, показано, что у 55 % детей, страдающих расстройствами сна, имеются другие психические нарушения пограничного уровня. В большинстве случаев это различные проявления невропатии и гиперкинетического синдрома (синдрома дефицита внимания). У детей, имеющих нормальный сон, данные нарушения выявляют только в 27 % ; 40 % страдающих расстройствами сна детей имеют хронические соматические заболевания. Среди детей, не имеющих диссомний, ими страдают 17 %.

Особое место среди причин, приводящих к диссомниям, занимают острые и хронические психотравмы. К нарушению засыпания и частым пробуждениям у детей приводят постоянные конфликты, происходящие в семье в вечерние часы, незадолго до момента отхода ребенка ко сну. В большинстве случаев это ссоры между родителями, в том числе и за право контроля за поведением детей. Для нарушений сна имеют значение также психотравмирующие обстоятельства, связанные с переживанием резкого испуга, боязнью остаться одному, страхом одиночества, замкнутого пространства и т. д.

С первых месяцев жизни возникновению и закреплению неправильного стереотипа сна у детей способствует нарушение эмоциональной привязанности в системе мать—дитя. Такие особенности отношения родителей к детям, как сверхконтроль и гиперопека, приводят к подавлению инициативы и самостоятельности и, как следствие, чрезмерной зависимости ребенка от ближайшего взрослого. Закреплению патологического стереотипа сна способствует незнание родителей о допустимых способах воздействия на ребенка, непонимание потребностей детей и неспособность ориентироваться в поведении детей в целом. Частым условием возникновения диссомнических нарушений у детей является отсутствие устоявшегося режима сна у взрослых членов семьи.

Наличие у родителей психических расстройств, сопровождающихся диссомниями, является дополнительным фактором, способствующим закреплению патологического стереотипа сна у их детей. Показано, что 51 % матерей, дети которых плохо спят по ночам, имеют пограничные психические заболевания; 46 % родителей страдают расстройствами депрессивного круга. 33 % матерей больны неврозами и находятся в конфликтных отношениях со своими мужьями. Среди матерей, дети которых не имеют нарушений сна, пограничные психические расстройства встречаются в 17 % случаев [154].

4.4. Классификация расстройств сна

В основу классификации нарушений сна могут быть положены разные принципы. Н. Gastaut [131], например, считал главным критерием выделения тех или иных клинических форм диссомний (нарушений сна) их связь с фазами и стадиями сна.

По этиологии различают следующие диссомнии [166]: 1) первичные, являющиеся единственным или ведущим проявлением заболевания (инсомния, хроническая гиперсомния, нарколепсия и др.); 2) вторичные, являющиеся проявлениями другого заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный синдром, невроз и т. д.). Патологические (в том числе пароксизмальные) феномены сна относятся к так называемым парасомниям. Отдельно в рамках диссомнических нарушений рассматриваются расстройства, провоцируемые сном (никталгический синдром, приступы апноэ во сне и др.).

Патологические феномены сна делят на 5 групп [25]. К ним относятся: 1) стереотипные движения, связанные со сном (качание, биение, «складывание», феномен «челнока», сосание пальцев во сне и др.);

2) пароксизмальные явления во сне (судороги, ночные страхи, энурез, бруксизм, ночная астма, никталгия, ночные рвоты и др.); 3) статические феномены сна (странные позы, сон с открытыми глазами);

4) сложные формы психической деятельности во сне (снохождение, сноговорение, кошмарные сновидения); 5) нарушение цикла «сон-бодрствование» (нарушения засыпания, нарушение пробуждения, инверсия сна и бодрствования).

По клиническим проявлениям диссомнии делят, согласно Американской ассоциации психофизиологического изучения сна, на 3 большие группы: 1) расстройства собственно процессов сна и пробуждения; 2) чрезмерная сонливость; 3) нарушения цикла сон-бодрствование.

К диссомниям, согласно К. Ferber, М. Kriger [128], относятся: 1) гиперсомния — повышенная сонливость, связанная преимущественно с внутренними причинами; 2) инсомния — бессонница, связанная преимущественно с внешними причинами; 3) расстройства, связанные с нарушением циркадных ритмов сна.

К парасомниям относят: 1) расстройства пробуждения; 2) расстройства, возникающие при переходе от сна к бодрствованию; 3) парасомнии, возникающие в фазе парадоксального сна; 4) смешанные расстройства. Полностью классификация представлена в табл. 2,3.

Таблица 2. Диссомнии

Гиперсомнии	Инсомнии	Нарушения циркадных ритмов сна
1. Расстройства сна, связанные с дыханием. 2. Нарколепсия	1. Протодиссомнии раннего детского возраста. 2. Инсомнии у детей	Расстройства цикла сон-бодрствование

Таблица 3. Парасомнии

Расстройства пробуждения	Расстройства, возникающие при	Парасомнии, возникающие в фазе парадоксального сна	Смешанные расстройства
--------------------------	-------------------------------	--	------------------------

переходе от сна к бодрствованию

1. Ночные страхи.

2. Снохождение.

3. Пробуждения с

измененным сознанием

1. «Биение» головой.

2. Качание.

3. Судороги.

4. Сноговорение

1. Устрашающие сновидения.

2. Поведенческие расстройства: прыжки, «брыкания», удары кулаком, бег из кровати

1. Бруксизм.

2. Энурез

С клинических позиций наиболее оправдано разделение нарушений сна на следующие группы: 1) первичные расстройства сна различной этиологии (про-тодиссомния, инсомния, нарушение цикла сон-бодрствование); 2) вторичные расстройства сна, являющиеся проявлением других заболеваний (психических, неврологических, соматических).

4.5. Клиническая картина различных форм расстройств сна

Протодиссомнии — наиболее распространенные нарушения сна у детей раннего возраста. К протодиссомниям относят различные по этиологии расстройства, при которых нарушение сна является первичным и ведущим клиническим проявлением. Встречаются у 25-50 % детей, начиная со второго полугодия жизни, и характеризуются: а) трудностями засыпания вечером, длящегося более 20 мин; б) ночными пробуждениями (после 6-го месяца жизни здоровые доношенные дети должны спать всю ночь без ночных кормлений); в) ночными страхами, возникающими через 60-120 мин после засыпания, с дезориентировкой, беспокойством, криком, пробуждением. Вследствие этого мать вынуждена брать ребенка в свою постель.

Протодиссомнии могут быть связаны с расстройством пробуждения. Так называемая «внутренняя стимуляция к пробуждению» возникает обычно в конце I или во II фазу медленного сна. Если дети, например, утомлены, то они не могут полностью проснуться, а начинают стонать, потягиваться, биться. Если эти феномены становятся длительней по времени и интенсивнее по выраженности, то могут легко появиться ночные страхи, снохождения. Такой вариант Протодиссомнии называют «беспорядочным пробуждением». Беспорядочные пробуждения встречаются в первой половине ночи, обычно через час после засыпания. Большинство этих эпизодов длятся 5-15 мин. Пробуждения, возникающие в утреннее время, обычно легче тех, которые наблюдаются через короткое время после засыпания.

Различия между детьми, страдающими протодиссомнией, и здоровыми детьми заключаются не в количестве ночных пробуждений, а в способности после пробуждения снова быстро заснуть. Если, например, дети просыпаются ночью в неудобном положении (например, не могут освободить руки) и не в состоянии самостоятельно его изменить, то необходима помощь родителей. Если же ребенок может повернуться сам, но привык, чтобы в этом ему помогали родители, то происхождение расстройств сна будет связано с неправильной тактикой родительского поведения. Укладывание в постель детей перед сном в таком положении, в котором они чаще всего ночью просыпаются, в некоторых случаях поможет избежать длительных ночных пробуждений.

Сложность диагностики протодиссомнии у конкретного ребенка может быть связана с индивидуальными особенностями его сна. Для установления диагноза «протодиссомния» имеет также значение выяснение не столько продолжительности сна, сколько его глубины, длительности засыпания, легкости пробуждения, а также влияние отклонений сна на поведение ребенка в целом. При постановке диагноза «протодиссомния» следует учитывать

также критерий продолжительности нарушений сна. Нарушениями сна считаются только те расстройства, которые длятся у детей более 3 мес, в течение которых 5 и более ночей в неделю ребенок плохо спит [154].

Протодиссомнии следует отличать от нарушений сна при гипертензионно-гидроцефальном синдроме как следствии перинатального поражения мозга. Особенности таких нарушений сна является их частое возникновение во второй половине ночи, в ответ на незначительное воздействие — открытие двери в комнате, легкое прикосновение, изменение положения тела. Бессонница сопровождается характерным плачем высокой интенсивности, громким, напряженным, раздражительным, монотонным («плач на одной ноте»).

Пароксизмальные нарушения сна, связанные с повышенной судорожной готовностью, чаще всего проявляются ночными страхами и бруксизмом. Ночные страхи возникают через 2-4 ч после засыпания, характеризуются учащенным дыханием и сердцебиением, повышенным потоотделением, дезориентировкой («стеклянный взгляд»), невозможностью разбудить ребенка. Часто сопутствующими проявлениями являются фебрильные судороги или неонатальные судороги в анамнезе.

Протодиссомнии и пароксизмальные расстройства сна часто не имеют между собой четкой границы. Поэтому окончательный диагноз ставят с учетом дополнительных методов исследования (ЭЭГ, компьютерная томография мозга, УЗИ головного мозга и др.). Лечебная же тактика должна включать в себя воздействие на резидуально-органические и психотравмирующие механизмы патогенеза расстройств сна у детей.

Расстройства, связанные с нарушениями в цикле сон - бодрствование, проявляются поздним засыпанием (после полуночи) и затрудненным утренним пробуждением. Особенностью этих расстройств является отсутствие нарушений глубины сна. Дети не просыпаются по ночам, спят всю ночь без пробуждений и ночных кормлений. Нарушения цикла сон - бодрствование у детей могут быть связаны с особенностями режима сна их родителей. Часто родители бодрствуют и спят вместе со своими детьми. Так, например, мать одного годовалого ребенка в 11 ч вечера начинала уборку в квартире, включала пылесос, стиральную машину. До полудня, а иногда и дольше, в таких семьях принято спать.

Нарушения цикла сон — бодрствование могут быть связаны с ранним укладыванием спать. Дети, как и взрослые, прежде чем отойти ко сну, проходят период активного бодрствования, необходимого для наступления полноценного сна. Если детей укладывают в постель в 8 ч вечера, а ребенок готов заснуть только в 10 ч, то оставшиеся 2 ч младенец не спит. Кроме того, раннее укладывание может способствовать возникновению ночных страхов.

Диагноз «нарушение цикла сон - бодрствование» ставят в том случае, если ребенок не привыкает к режиму в течение 6 мес и просыпается ночью более 3 раз в неделю. Эти расстройства следует отличать от кратковременных и обратимых нарушений циклов сна, возникающих под влиянием непродолжительных психотравмирующих факторов (переезд на новое место, госпитализация и т. д.).

Гиперсомния, отмечающаяся в дневное время, обычно встречается у детей, испытывающих недостаток внимания и заботы со стороны взрослых. Такая ситуация реже наблюдается в семьях и чаще в детских учреждениях (домах ребенка), где персоналу отведено мало времени на уход за детьми. Взрослые приветствуют длительный сон детей, так как спящий ребенок доставляет меньше хлопот. Причины подобных нарушений, особенно в детских закрытых учреждениях, часто не распознаются, и дети не получают своевременной помощи.

Причиной ранних пробуждений могут быть дремотные состояния в утреннее время. Ребенок может проснуться в 5 ч утра, а в 7 ч утра опять «вздремнуть». Цикл сна при этом запустится снова и сон перемещается на более позднее время. Причиной ранних утренних пробуждений могут также быть постоянные кормления в раннее утреннее время.

4.6. Прогноз расстройств сна

Расстройства сна, в отличие от нарушений питания, могут сохраняться длительно. 17 % детей раннего возраста, страдающие нарушениями сна, имеют их и в 8 лет. Со временем к расстройствам сна могут присоединяться другие пограничные психические заболевания. Возможна трансформация диссомний в общие или системные неврозы. Ночные двигательные стереотипии в раннем возрасте могут распространяться на дневное время, приобретая свойства навязчивых движений.

4.7. Терапия расстройств сна

Комплексная терапия расстройств сна включает в себя использование методов психотерапевтического воздействия в сочетании с медикаментозными средствами.

Основной целью психотерапии нарушений сна следует считать нормализацию детско-материнских отношений. Главный принцип психотерапии — это воздействия на систему мать - дитя в целом. Ребенок и мать представляют собой единый объект психотерапевтического воздействия. Принцип основывается на известном положении J. Bowlby о том, что «для недифференцированной психики младенца необходимо влияние психического организатора — матери» [112]. В связи с тем что «любой контакт младенца с окружающим миром опосредован значимым для него взрослым окружением» [23], психотерапевтическое воздействие на ребенка включает в себя обязательное воздействие на родителей.

При нарушениях сна используется, прежде всего, рациональная психотерапия. Беседа с матерью построена на разъяснении основных положений, необходимых для формирования адекватного режима сна ребенка. К ним относятся:

1. Соблюдение определенной последовательности мероприятий при укладывании ребенка спать («ритуала» отхода ко сну). Ритуал отхода ко сну включает в себя: купание ребенка, чтение книги, выключение света при оставленном включенном ночнике, пение колыбельной песни, поглаживание ребенка по головке, рукам, туловищу («материнский массаж»).

2. Для новорожденного и ребенка первых месяцев жизни необходимо использование укачивания. Известно, что при монотонном движении младенец успокаивается и быстро засыпает. Для этих целей ребенка можно укладывать в люльку, которую можно раскачивать из стороны в сторону. Кровати на колесах используются для более старших детей и для укачивания непригодны.

3. Пение колыбельных песен. Успокаивающее действие оказывает ритм колыбельной, а также многообразие шипящих и свистящих звуков.

4. Исключение повышенной активности ребенка перед сном, предпочтение тихих и спокойных занятий.

5. Установление режима сна, предусматривающего утреннее пробуждение в одно и то же время, включая выходные дни.

6. Разумное отношение к дневному сну. Длительный дневной сон не является обязательным для детей. После 8-месячного возраста многие дети вообще не нуждаются в дневном сне. В возрасте 3 мес и старше суточный сон ребенка составляет в среднем 14 ч. Желательно, чтобы основная часть этого времени приходилась на ночные часы. Если

имеется длительный дневной сон, то, скорее всего, ночной сон будет укорачиваться, сопровождаясь многочисленными пробуждениями.

7. Исключение ночных пробуждений. Большинство детей после 6-месячного возраста спят всю ночь. После полугода необходимо исключить ночное кормление грудью, из рожка, питье воды. Даже спящий ребенок способен обучаться привычным стереотипам поведения с одного-двух раз. Если мать во время пробуждения берет ребенка на руки или в собственную постель, такой младенец вряд ли в последующем будет спать всю ночь.

8. Не следует при пробуждении ребенка ночью подходить к его кровати и брать его на руки. Помните, что «укачать» младенца можно и на расстоянии, используя ласковый голос, колыбельные песни.

9. Укладывание ребенка в кровать должно происходить в максимально возможных комфортных условиях с минимальным уровнем шума и света и при привычной температуре. Сон младенца при включенном телевизоре, радио и т. д. недопустим.

В случае неэффективности вышеуказанных способов возможно применение седативных средств. Они назначаются ежедневно на ночь в течение 1-2 мес. В раннем детском возрасте используют:

1. Препараты корня валерианы. Настой применяют по 1 чайной или десертной ложке на ночь (2 г корня на 100 мл воды); настойка по 5-10 капель на прием. Препараты валерианы уменьшают возбудимость центральной нервной системы и оказывают спазмолитическое действие

2. Корвалол. Применяют при выраженных протодиссомниях по 3-10 капель на ночь. Корвалол чаще назначают прерывистым методом, применяя в течение нескольких дней.

3. Настойка пустырника. Используют в дозировке до 10 капель перед сном внутрь. Нецелесообразно применять настой, так как он обладает отчетливым горьким вкусом и дети его выплевывают.

4. Экстракт пассифлоры. Учитывая мягкое седативное действие препарата, его можно назначать в дозировке 10-20 капель на ночь.

5. Фенobarбитал. У старших детей и взрослых в последние годы препарат не применяют ввиду риска возникновения лекарственной зависимости, подавления быстрого сна с феноменом «отдачи». Однако у детей раннего возраста фенobarбитал остается основным средством купирования тяжелых нарушений сна. Назначают в дозе 1 мг на 1 кг массы тела. Форма выпуска — порошок и таблетки по 0,005 г.

Глава 5 РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

В зарубежной литературе синдром раннего детского аутизма впервые был описан L. Kanner [137]. В нашей стране синдром описали Г. Е. Сухарева [91] и Т. П. Симеон [86].

Распространенность колеблется, по данным В. В. Ковалева [49], от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек, по разным данным, составляет от 1,4 : 1 до 4,8 : 1 [45]. Конкордантность по раннему детскому аутизму у дизиготных близнецов составляет 30-40 %, у монозиготных — 83-95 % [60].

Синдром раннего детского аутизма наблюдается при шизофрении, конституциональной аутистической психопатии и резидуально-органическом заболевании мозга. В. М. Башина описывала синдром Каннера как особое конституциональное состояние [13].

М. Ш. Вроно, В. М. Башина, относя синдром к нарушениям шизофренического регистра, рассматривали его как доманифестный дизонтогенез, инициальную стадию шизофрении или постпроцессуальные изменения в результате недиагностированного шуба [22]. С. С. Мнухин и соавт. описывали различные проявления раннего детского аутизма в рамках

особой атонической разновидности психического недоразвития, возникшего вследствие экзогенно-органического поражения мозга на ранних этапах развития [69]. Сходные с ранним детским аутизмом нарушения описывают при некоторых врожденных дефектах обмена: фенилкетонурии, гистидинемии, церебральном липидозе, мукополисахаридозах и др., а также прогрессирующих дегенеративных заболеваниях мозга (синдром Ретта). Аутистические нарушения при них всегда сочетаются с выраженным интеллектуальным недоразвитием, часто со временем нарастающим [60].

Существуют несколько вариантов синдрома, общим для которых является аутизм — болезненное отсутствие контактов с окружающими, имеющее свою специфику в раннем детском возрасте. В большинстве случаев заболевание носит непроцессуальный характер.

5.1. Этиология

В связи с клинической гетерогенностью синдрома, различной выраженностью интеллектуального дефекта и разной степенью социальной дезадаптации к настоящему времени пока еще отсутствует единая точка зрения относительно происхождения заболевания.

В целом синдром обязан своим происхождением сложному сочетанию генетического и экзогенно-органического факторов [49].

Несомненна роль наследственного фактора в происхождении синдрома. У родителей больных ранним детским аутизмом описывают такие черты характера, как эмоциональная холодность, повышенная «рассудительность». Схожие качества в рамках болезненного состояния отмечаются у их детей.

В связи с этим L. Kanner высказывалось предположение о том, что влияние наследственной предрасположенности при раннем детском аутизме опосредуется спецификой воспитания детей [139]. Ребенок развивается в условиях формального общения с родителями, испытывает влияние эмоциональной холодности матери, что и обуславливает, в конечном счете, возникновение таких свойств его психики, как замкнутость, отгороженность, невозможность вступления в эмоциональный контакт с окружающими.

С психоаналитических позиций аутизм, избегание общения, «уход в себя», рассматривается как механизм психологической защиты в условиях хронической семейной психотравмирующей ситуации, вызванной крайним эмоциональным отвержением, или патологической фиксации симбиотической связи в системе мать-дитя [60].

Генетические исследования последних десятилетий показали связь синдрома раннего детского аутизма с хромосомной патологией — ломкой и хрупкой X-хромосомой. Данная аномалия обнаруживается у больных ранним детским аутизмом мальчиков в 19 % случаев [60].

Широко обсуждается роль органической патологии мозга в происхождении раннего детского аутизма. Механизм формирования синдрома связывается со специфической мозговой локализацией — стволовыми отделами, ретикулярной формацией, лобно-лимбической системой и др. Шизоформный характер поведения связан с преимущественным недоразвитием «энергоснабжающих» систем ствола мозга [69].

5.2. Патогенез

Механизм возникновения синдрома Каннера в большинстве случаев рассматривается в связи с первичной той или иной слабостью психической сферы.

Существуют многочисленные данные о роли патологии восприятия в происхождении симптомов аутизма. Механизм возникновения синдрома связывают с парадоксальной

реакцией на окружающие раздражители в условиях сенсорной гиперчувствительности и «недостаточной фильтрации внешних стимулов» [61].

Резидуально-органическая отягощенность детей с ранним детским аутизмом дает основание связывать механизм формирования синдрома с церебральными патофизиологическими механизмами — нарушением уровня активности, витального тонуса, бодрствования. Эти же механизмы могут лежать в основе парциальной недостаточности некоторых функций, в частности, нарушения концентрации внимания, его быстрой истощаемости, выраженной избирательности [61]. Особенности употребления речевых единиц, нарушение понимания значения слов, неспособность к усвоению грамматических правил также понимается как результат общих интеллектуальных нарушений.

Патогенез клинических проявлений синдрома В. В. Лебединским и О. С. Никольской [60] рассматривается в рамках представлений о первичных и вторичных расстройствах. Первичные связаны с недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), вторичные — с дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). К первичным расстройствам относят сенсоаффективную гиперестезию и слабость энергетического потенциала. Вторичные расстройства — аутизм, стереотипии, патологические фантазии — носят характер псевдокомпенсаторной аутостимуляции.

Анализ речевых структур синдрома в рамках клинико-семантического подхода дает основание связывать развитие аутистических тенденций с нарушением одной из основных характеристик мыслительного акта — интенции (направленности мысли на предмет) [68]. Структурные расстройства мышления обуславливают, прежде всего, нарушение процесса наименования. Субъект речи не употребляет лексические единицы в их основном назначении — указании на предмет, событие, явление. В результате смысловое значение лексических единиц (словесные формы предметов) не получают предметного значения и, тем самым, не указывают на фрагменты реальности. Отсутствие интенционального свойства мыслительного акта лежит в основе нарушений как потребности в межперсональном общении, так и, в широком плане, обращенности к предметной реальности. Субъект речи не выходит за пределы субъективного поля, оставаясь в границах собственного «Я».

5.3. Клинические проявления синдрома раннего детского аутизма

Проявления крайне разнообразны. Они включают следующие нарушения.

1. *Нарушение общения*

Основным признаком заболевания считается аутизм — невозможность устанавливать отношения с окружающими людьми, болезненная боязнь контакта с ними, отгороженность от внешнего мира. Это проявляется с самого рождения отсутствием адекватной эмоциональной реакции на мать, тревогой при общении со всем новым, игнорированием общения со сверстниками, стремлением к территориальному уединению, одинаковым отношением к одушевленным и неодушевленным предметам, гиперчувствительностью к физическому воздействию, прикосновению и т. д.

Отношения с матерью. На первом году жизни достаточно специфичным является отсутствие характерной «позы готовности» (встречного движения) при взятии ребенка на руки. В целом характерны 3 формы отношений с матерью: а) симбиотическая (при уходе матери возникает тревога); б) аутистическая (не реагирует на присутствие и уход матери, предпочитает оставаться в одиночестве; в) негативистическая (ребенок пытается прогнать мать, отталкивает рукой). Эти формы могут сменять одна другую.

Отношения с детьми. В отношениях с детьми достаточно отчетливо наблюдаются: а)

попытки избежать общения (тянет мать за руку и говорит «уходим, уходим»); б) полная индифферентность (играет в песке, не обращая внимание на детей); в) появление страха в присутствии детей; г) избирательность общения с детьми;

д) агрессивные действия в адрес детей, в том числе и к собственным братьям, сестрам.

2. Нарушения речи

На первом году жизни отмечается задержка развития предречевых вокализаций — гуления, лепета, псевдослов, отсутствие интонационной выразительности и специфического сигнального значения крика-плача и других вокализаций. В раннем возрасте отмечается запаздывание сроков появления первых слов и фраз, длительное сохранение эхολалических речевых форм. Нарушения формирования экспрессивной речи проявляются отсутствием ответов на заданные вопросы. Дети не используют по отношению к себе формы и местоимения в первом лице (например, выражая желание получить игрушку, говорит «дать»). Характерны эхολалии (на вопрос «пойдем гулять?» ребенок отвечает: «гулять»). Дети могут достаточно правильно воспроизводить мелодии известных песен. Отмечаются элементы скандирования, фразы носят отрывочный характер, нередко фразы рифмуются, эпизодически произносятся слова, не имеющие значения в данной ситуации, например, при беседе с врачом ребенок произносит «катаракта», «экскаватор» [41]. Высказывания не передают эмоционального тона переживаний, отмечается нарушение интонации, иногда ударение ставится на последних слогах, слоги произносятся с напевом. Нарушается порядок слов. Относительно специфической является автономная речь, разговоры с собой или полный мутизм. Вместе с тем встречаются сложные речевые формы, использование вводных слов, таких как «как говорят», «видите ли». В частности, ребенок 5 лет поправил врача: «Надо говорить не скучно, а скушно». Общая закономерность выражается в нарушении коммуникативной функции речи. Первые признаки потребности в речевом общении появляются лишь к 6-8 годам.

В. М. Башина, Н. В. Симашкова [15] выделяют следующие речевые нарушения при раннем детском аутизме: 1) нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхολалия, бедность словарного запаса и др.); 2) речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания «Я» в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм; 3) речевые нарушения катато-нической природы (вербигерации, эхολалии, эгоцентрическая, затухающая, внутренняя речь, мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное звукопро-изношение, паралингвистические нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.); 4) нарушения речи как следствие психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня); 5) расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса (нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций, контаминации и др.).

3. Аффективные нарушения. Особенности эмоционального развития

В младенческом возрасте наблюдается задержка сроков появления первой улыбки. Отсутствуют положительные эмоции в ответ на улыбку взрослого, ласковый разговор. Ребенок улыбается, как правило, при виде неодушевленного предмета. «Комплекс оживления» возникает позднее, отмечается рудиментарность его проявления (отсутствие одного из компонентов — замирания, движения, вокализаций, улыбки). Впоследствии эмоциональная реакция на появление матери и близких также отсутствует.

В раннем возрасте отмечается задержка формирования, слабость (иногда чрезмерная выраженность) эмоций — удивления, обиды, гнева. В целом эмоции характеризуются

трудностью возникновения, отмечается слабая эмоциональная откликаемость при общении со взрослым. В ряде случаев наблюдаются немотивированные колебания настроения. Ребенка часто беспокоит страх при появлении животных, бытовых шумов (звуки пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т. д.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т. д.). Тревога при изменении яркости света, цвета и формы предметов, прикосновения, влаги. Страхи высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты.

Основное качество эмоциональных реакций выражается в их несоответствии определенным ситуациям, событиям. Наиболее характерно преобладание тревожного напряжения или выраженной тревоги (капризность, постоянное беспокойство) при попытках изменить сложившийся порядок жизни, игры, расположение предметов в комнате, времени и места прогулки, предложить новый вид пищи, поменять одежду. Последнее представляет собой относительно специфический симптом — феномен «тождества» [139], проявляющийся в потребности сохранения сложившегося порядка, страха перед переменами. Тревожное напряжение возникает при появлении посторонних, при проявлении внимания, особенно при попытках проникнуть во внутренний мир ребенка. Достаточно часто можно наблюдать равнодушное отношение в тех ситуациях, когда, напротив, дети должны обнаруживать недовольство или беспокойство. При играх эпизодически появляется улыбка на лице и выражение удовольствия.

4. Особенности познавательной деятельности

По результатам обследования с помощью методики Векслера выявлено, что общий интеллектуальный показатель ниже, чем у детей с нормальным развитием, но выше, чем при олигофрении [42]. Средний уровень невербальных показателей в одной трети случаев соответствует показателям при олигофрении, и прежде всего таким показателям, как выделение последовательности событий, пространственных отношений, способности переключения внимания на предметном уровне. Отмечается неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции. Общий объем знаний, понимание общественных норм жизни и способность оперировать числами ниже нормы. Активный запас слов и механическая память — выше нормы. Мышление носит конкретный, «регистрационный», «фотографический» характер. Отмечается достаточный уровень развития отдельных способностей, например, значительный запас сведений в области ботаники, энтомологии, астрономии и пр. При этом дети употребляют латинские обозначения, приводят классификацию и, вместе с тем, не владеют пространственными понятиями и навыками, например, право-лево, при письме неровная строчка с корявыми и прыгающими буквами и зеркальным изображением. Таким образом, структура интеллектуального дефекта у детей с ранним детским аутизмом качественно иная, чем при олигофрении. Собственно интеллектуальная недостаточность «перекрывается» нарушениями личности и поведения.

5. Нарушение двигательных навыков

В период младенчества обращают на себя внимание различные двигательные стереотипии: раскачивание в колыбели, однообразные повороты головы, ритмичные сгибания и разгибания пальцев рук, упорное длительное раскачивание стенок манежа, на игрушечной лошадке, качалке, кружение вокруг своей оси, машущие движения пальцами либо всей кистью.

На первом году жизни отмечается также задержка развития навыков самостоятельного сидения, ползания, вставания. Их особенностью является отсутствие ускорения развития при активной помощи со стороны взрослого. Характерна «внезапность» перехода к ходьбе и

практически одновременное появление навыка бега с навыком ходьбы. К особенностям бега относятся: импульсивность возникновения, особый ритм (стереотипное перемещение с застывания-ми), бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки являются: «деревянность» (ходьба на несгибаемых ногах), порывистость, некоординированность, ходьба по типу «заводной игрушки». С раннего возраста могут отмечаться такие особенности движений, как медлительность, угловатость, порывистость, неуклюжесть, «мешковатость», «марионеточность». В ряде случаев это необычная грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье и балансировании.

Значительно запаздывает освоение указательных жестов, отрицательно-утвердительных движений головой, жестов «согласие-несогласие», «приветствие-прощание» (например, помахал рукой, стоя спиной к врачу). Характерны затруднения в имитации движений и жестов взрослых и сопротивление помощи при обучении двигательным навыкам.

К особенностям мимики относятся ее бедность, напряженность, иногда неадекватные гримасы. Часто наблюдается неподвижный, застывший, «испуганный» взгляд. В ряде случаев отмечаются красивые лица с «прорисованными» чертами («лицо принца»).

В целом относительно специфическими симптомами нарушения движений при раннем детском аутизме являются: а) атетозоподобные движения пальцев рук — стереотипные движения в виде перебирания, складывания, сгибания и разгибания пальцев; б) стереотипные движения в форме потряхиваний, взмахиваний, вращения кистями рук, подпрыгивание в виде отталкивания кончиками пальцев, бег на цыпочках, кружение, раскачивание головой и туловищем. Двигательные стереотипии полностью исчезают после 6-8 лет, реже наблюдаются до 12 лет.

6. Особенности игровой деятельности

С раннего возраста для игровой деятельности характерны элементарные формы. Отмечается либо полное игнорирование игрушек, либо их рассматривание без стремления манипулировать. В основном наблюдаются кратковременные или более длительные стереотипные действия с такими предметами обихода, как веревочки, ключи, гайки, бутылки и т. д. Реже встречается интерес к игрушкам, но и при этом преобладают такие стереотипии, как верчение игрушками перед глазами, перекладывание с места на место, постукивание об пол или касание игрушками лица, обнюхивание, облизывание. В игре отсутствуют игровые сюжеты. Характерны игры со струёй воды, переливание жидкости из одной посуды в другую. Отмечен интерес к старым ржавым трубам, велосипедным колесам. Попытки родителей прервать стереотипные действия вызывают выраженные эмоциональные реакции протеста, истошные крики, плачь.

7. Особенности восприятия

Зрительное восприятие. В младенческом возрасте может отсутствовать слежение за движущимся предметом. Длительно не формируется навык узнавания близких (матери, отца, родственников).

Специфическими являются такие особенности зрительного поведения, как непереносимость взгляда в глаза, преобладание периферического зрения, взгляд мимо или «сквозь людей», «бегающий взгляд», поиск необычных зрительных впечатлений (перелистывание страниц), явление «псевдослепоты», длительная сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте — световом пятне, блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. При этом отмечается особое, «завороженное» их созерцание. Характерна гиперчувствительность к зрительным стимулам, например, испуг при включении света, раздвигании штор. Как следствие, ребенок стремится находиться в

темноте.

Слуховое восприятие. В младенчестве отмечается длительное отсутствие реакции на звук, в дальнейшем сменяющееся гиперчувствительностью, предпочтением тихих звуков. Ребенок не привыкает к характерным звукам домашней обстановки (звонку, пылесосу), длительно прислушивается к звуку разрывания бумаги, шуршания целлофановых пакетов, раскачивания створок двери. Отсутствует реакция на словесные обращения, отклик ребенка на свое имя, избирательность ответных реакций на речь. Рано возникает интерес к прослушиванию музыки.

Тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцептивная чувствительность. Вначале с раннего возраста наблюдается слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение. В дальнейшем появляется гиперсенситивность к тактильным раздражителям, ребенок противится пеленанию, купанию, причесыванию, стрижке ногтей и волос. Его стесняет одежда, обувь, он стремится раздеться донага. Характерны необычные вкусовые предпочтения в виде тяги к несъедобному. Отмечается гиперсенситивность к запахам и вкусам. Знакомство с новыми предметами и игрушками ребенок начинает, предварительно длительно ощупывая, обнюхивая и облизывая их. Находясь одни, дети часто «стимулируют» себя, напрягая тело и конечности, ударяя себя по ушам, зажимая их при зевании, ударяя головой о коляску, спинку кроватки.

8. Пищевое поведение и сон

Отмечаются нарушение ритма «сон-бодрствование», засыпание лишь в определенных условиях (на улице, на балконе, при укачивании), поверхностность, прерывистость сна днем, «спокойная бессонница», вялость при сосании груди, избирательность в еде (чрезмерная чувствительность к твердой пище, употребление только протертой, предпочтение одного вида пищи и отвержение новых, трудность введения прикорма), жесткое следование усвоенному пищевому режиму и болезненная реакция на его изменение. Кормление возможно лишь в особых условиях (например, ночью, в просоночном состоянии). Нередки явления срыгивания, привычные рвоты, запоры.

9. Нарушение влечений

Может наблюдаться жестокость к родителям, другим детям, животным. Агрессивные действия возникают как способ привлечь внимание окружающих, вступить в игру, а также как проявление радости. Аутоагрессивные действия носят спонтанный характер или возникают при неудачах. Инстинкт самосохранения может значительно снижаться. Дети часто выпадают из коляски, окон, стремятся выбраться из манежа, выбегают на проезжую часть улицы, убегают от матерей на прогулке.

5.4. Прогноз

С возрастом уровень адаптации детей с синдромом раннего детского аутизма повышается, однако отмеченные выше качества полностью не исчезают. Более тяжелый прогноз в виде выраженного интеллектуального дефекта обычно возникает при резидуально-органическом аутизме, атоническом варианте олигофрении.

5.5. Диагностика

Как правило, родители не замечают психических нарушений ребенка до 3 лет, т. е. до того времени, когда ребенок обязательно должен вступить в полноценное общение с окружающими. Этому способствуют отсутствие родительского опыта и характерологические особенности родителей. Реакция родителей на открытие «аномальности» ребенка проявляется подавленностью, растерянностью, тревожным опасением за будущее.

Наибольшее диагностическое значение имеет выраженный протодиакризис —

одинаковое отношение к одушевленным и неодушевленным предметам, патологическое содержание переживаний — патологические фантазии, навязчивые состояния, регресс речи и поведения, психическая ригидность.

Ранняя диагностика детского аутизма. На первом году жизни диагностика раннего детского аутизма основывается на следующих критериях: 1) нарушение взаимоотношения мать — дитя в форме безразличного отношения к матери и отсутствия эмоциональных реакций при ее уходе; 2) отсутствие дифференцированных типов крика-плача и предречевых вокализаций в возрасте 0-6 мес, звукои слогоподражания, снижение или полное отсутствие голосовых проявлений; 3) однообразность поведенческих актов; 4) низкий уровень мотивации.

5.6. Общие принципы терапии

Терапия синдрома раннего детского аутизма включает в себя психофармакотерапию, психотерапию (индивидуальную, семейную и др.), коррекционно-педагогическую работу [15]. Психофармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений, вегетососудистой дистонии, на активацию ребенка и снижение психического напряжения.

Терапия раннего детского аутизма предполагает, прежде всего, постоянное сотрудничество специалистов различного профиля — психиатров, психологов, педагогов, логопедов, музыкальных работников и др. с родителями [60]. Совместно отрабатываются способы обучения родителей игре с аутистичными детьми, привитие навыков самообслуживания. Родителям разъясняется характер имеющихся у ребенка трудностей и способы преодоления нежелательных форм поведения.

Комплексное лечение синдрома включает в себя 3 основных направления [41, 42, 43]: 1) применение методик специального обучения и воспитания (коррекционно-педагогическая работа); 2) психотерапевтическая работа с больным ребенком; 3) семейная психотерапия.

Методики специального воспитания и обучения включают: а) обучение повседневным навыкам (поведение в трудных для больного ситуациях — застегивание пуговиц, стрижка волос, выход на улицу и др.); б) обучение навыкам речевого общения, жестам (в первую очередь языковым шаблонам приветствия, прощания, обращения, просьбы); в) обучение движениям, пластике (танцы под музыку, занятия в группах ЛФК, обучение плаванию, ходьбе на лыжах); г) при выраженной задержке развития используют обучающие игры («надень кольцо», «цветное лото», «разложи по форме, цвету», игры по правилам, игры, создающие зрительные аналоги языка).

Психотерапевтическая работа проводится в небольших группах детей по 4-5 человек. Занятия проводят врачи или психологи, на каждого ребенка необходим один взрослый. Вначале — активное вовлечение детей в действия с игрушками, впоследствии — расширение диапазона игр и переход к речевым контактам. Для более старших детей применимы практически все методы психотерапии, в том числе диагностические полиморфные группы (пациенты с различными психическими заболеваниями).

Семейную психотерапию следует проводить в 3 этапа: 1) индивидуальная психотерапия каждого из членов семьи (помощь родителям в осознании нецелесообразности полного отказа от себя во имя ребенка и смирении с мыслью о его заболевании); 2) коррекция внутрисемейных отношений в целом (совместное наблюдение и обсуждение поведения ребенка с целью достижения понимания его потребностей); 3) привлечение родителей к медико-педагогической работе.

Вариантом индивидуальной психотерапевтической работы родителей с ребенком является холдинг-терапия [62]. Методика включает в себя повторяющиеся процедуры

удержания ребенка на руках родителей до полного его расслабления. Психологическим обоснованием холдинга (удержание на руках, тесный телесный контакт с матерью) является то, что он противопоставлен типичному аутистичному поведению, направленному на избегание контактов с близкими.

Глава 6. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Патологические привычные действия представляют собой группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных детям раннего возраста [49]. К патологическим привычным действиям относятся сосание пальцев, обкусывание ногтей (онихофагия), до-пубертатная мастурбация, выдергивание волос (трихотилломания), ритмические раскачивания головой и туловищем (яктация). Первые три формы являются более распространенными, последние две встречаются реже.

Для каждой из патологических привычек характерен свой возраст появления. По данным Ю. С. Шевченко (6), в младенческом и раннем детском возрасте наиболее часто встречаются сосание пальцев и яктация. Допубертатная мастурбация чаще возникает в раннем и дошкольном возрасте. Трихотилломания встречается в широком возрастном диапазоне — от раннего детского до подросткового возраста. Более чем в трети случаев имеет место сочетание различных форм патологических привычек. Яктация чаще проявляется вместе с сосанием пальцев, онихофагия — с трихотилломанией [6].

Патологические привычные действия чаще всего рассматриваются в рамках невротических расстройств. Они могут быть проявлением как общих неврозов (истерический невроз, невроз навязчивых состояний), так и системных (моносимптомных). Как отдельный симптом патологическое привычное действие часто встречается в структуре резидуально-органических заболеваний мозга, эпилепсии, состояний пограничной интеллектуальной недостаточности и общего психического недоразвития. В дошкольном возрасте описаны проявления патологических привычных действий в рамках кататонического синдрома при шизофрении [6].

В классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 патологические привычные действия представлены в рубрике F98.4 «Стереотипные двигательные расстройства» (раздел «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте»). Диагностическими критериями расстройства являются: раскачивание тела, качание головой, выщипывание волос, накручивание волос, взмахивание рукой. Кусание ногтей, сосание большого пальца и ковыряние в носу исключаются из рубрики как непатологические феномены. Исключаются также стереотипные действия, сопровождающиеся самоповреждением (классифицируются в других рубриках). Трихотилломания представлена в отдельной рубрике F63.3 раздела «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (подраздел «Расстройства привычек и влечений») [63].

6.1. Распространенность

В целом у детей разного возраста патологические привычки, по сведениям различных авторов, встречаются от 6-12 % до 83 % [6].

Распространенность патологических привычных действий зависит от ряда факторов: возраст, пол, условия воспитания детей. Среди воспитанников домов ребенка первых четырех лет жизни патологические привычные действия отмечаются у 72,5 % детей [28]. Среди них сосанием пальца страдают 55,5 % мальчиков и 70,3 % девочек. Яктация отмечается у 67,5 % мальчиков и 47,5 % девочек. Онихофагия встречается у 15,5 % мальчиков

и 12,5 % девочек. У 55,2 % детей отмечается сочетание двух или нескольких форм привычек. Чаще всего сосание пальцев сочетается с яктацией.

У детей из детских садов в возрасте 3-5 лет сосание пальцев встречается в 7,5 % случаев, а онихофагия — в 11,7 % . Среди воспитанников детских домов те же патологические привычки отмечаются соответственно у 12,3 % и 26,3 % детей [77]. Среди школьников 10-17 лет из группы высокого риска по нервно-психическим заболеваниям (учащиеся классов выравнивания, спецклассов) патологическими привычными действиями страдают 19,8 %.

6.2. Этиология

Этиология патологических привычных действий в большинстве случаев связана с резидуально-органической недостаточностью и хроническими психотравми-рующими факторами [99]. Среди последних следует особо выделить чрезмерно строгое воспитание с применением физических наказаний (авторитарная гиперпротекция). Для возникновения каждой из форм патологических привычек характерны специфические психотравмирующие обстоятельства, однако в целом большое значение имеет фактор частичной или полной материнской депривации. Высока коморбидность патологических привычных действий с неврологической патологией и интеллектуальной недостаточностью. Последнее часто отмечается в случае, когда патологическая привычка — способ причинения себе болевых ощущений.

6.3. Патогенез

В рамках концепции психического дизонтогенеза В. В. Ковалева [49] патологические привычные действия рассматриваются как продуктивно-дизонтоге-нетические феномены регрессивного характера, отражающие недостаточность созревания отдельных функциональных систем мозга. При этом типичная для того или иного возраста форма психического расстройства определяется, в первую очередь, не этиологическим фактором, а степенью зрелости мозга. Так, например, возникновение в младенческом возрасте сосания пальцев связано с соматовегетативно-инстинктивным уровнем психического реагирования (сосание — врожденный безусловнорефлекторный автоматизм).

Некоторые патологические привычки формируются как фиксация свойственных возрасту физиологических действий, имеющих филогенетическую природу. Так, сосание пальца в младенческом возрасте — ком-пенсаторный феномен, облегчающий засыпание. Он встречается у некоторых видов млекопитающих (сосание лапы у медведей во время зимней спячки).

Ю. С. Шевченко [6] разработана патогенетическая концепция патологических привычных действий на основе клинко-онтогенетического и этиологического подходов. Показана инстинктивно-филогенетическая основа некоторых форм поведения ребенка, являющихся нормативными аналогами патологических привычек. В раннем возрасте это врожденные проявления пищевого, исследовательского, игрового поведения, груминг-поведения, обеспечивающие эффективное успокоение и засыпание ребенка, вызывающие положительные эмоции и т. д. Под влиянием неблагоприятных средовых факторов эти «прообразы» патологических привычек могут закрепляться на мотивационном уровне и превращаться в патологические привычные действия. Многие феноменологические сходные с патологическими привычками действия могут быть либо естественным проявлением возрастной фазы развития, либо безобидной индивидуальной привычкой. Патологические привычки и внешне сходные с ними физиологические аналоги поведения ребенка особенно важно дифференцировать в раннем возрасте.

6.4. Клиническая картина

Общими для всех патологических привычных действий являются следующие признаки:

- 1) произвольный характер, осознанное повторение действий;
- 2) возможность прекратить их на время усилием воли;
- 3) возрастание внутреннего напряжения при их подавлении;
- 4) наличие у больного критической оценки производимых действий, осознание их болезненности.

Указанные признаки более всего соответствуют критериям навязчивого состояния. Они отмечаются только в случае развернутых клинических проявлений патологического привычного действия, что характерно для третьего этапа их возрастной динамики. В ряде случаев потребность в совершении привычного действия носит непреодолимый насильственный характер, что соответствует клинической картине компульсивного расстройства. В раннем детском возрасте главными признаками патологических привычек следует считать их непроизвольный характер и избавление от чувства внутреннего эмоционального напряжения при их совершении.

Наряду с общими чертами для каждой из привычек имеются и специфические особенности. Основные клинические признаки патологических привычных действий, их типичные, атипичные и рудиментарные проявления представлены в табл. 4.

Возрастная динамика патологических привычных действий включает в себя 3 этапа [101]:

- 1) этап психогенной поведенческой реакции (обратимой) — привычка носит характер компенсаторного поведения;
- 2) этап стойкого поведенческого автоматизма — привычка характеризуется постоянной потребностью ее повторения;
- 3) этап личностной реакции на патологическую привычку.

В раннем детском возрасте можно наблюдать только первые 2 этапа возрастной динамики патологических привычных действий.

Таблица 4 Клинические проявления типичных, атипичных и рудиментарных форм патологических привычных действий [6]

Формы	Типичные клинические проявления	Атипичные и рудиментарные проявления
1. Яктация	Раскачивание вперед-назад и боковой плоскостях, реже — биение головой о горизонтальную или вертикальную поверхность, кручение головой с ритмом, синхронным ЧСС, ЭЭГ-засыпания и меняющимся при эмоциональном возбуждении («гневливая яктация»)	Повышенная потребность в ритмической стимуляции в виде особого пристрастия к качелям, ритмичной музыке и др.
2. Сосание пальцев	Сосание большого пальца, других пальцев, всей кисти, языка, губы, неба	Сосание различных предметов, одежды, игрушек, пристрастие к соске
3. Мастурбация	Типичное манипулирование половыми органами	Усиленное сжимание бедер, ерзанье сидя на стуле или лежа на животе, трение пахом определенных предметов, ног взрослых, пристрастие к

4. Онихо-фагия	Обгрызание ногтей на руках, реже на ногах	обнажению, телесному контакту Грызение карандаша, ручки, других твердых предметов, кусание волос, языка, слизистой оболочки щек, скрипение зубами; нефагический вариант симптома — ломание, подергивание, ковыряние ногтей, кручение и перебирание пальцами рук Подергивание, кручение, выдергивание чужих волос, волос кукол, шерсти животных, всего ворсистого и пушистого; собирание волос с пола, с расчесок с последующим их скручиванием, сосанием, щекотанием ими губ, лица
5. Трихотилломания	Выдергивание собственных волос, ресниц, бровей с последующим манипулированием, поеданием	
6. Недифференци	Ковыряние в носу, кручение уха, дерматотлазия (раздавливание, разминание, растирание, расчесывание кожи)	

6.4.1. Сосание пальцев

Встречается в основном в раннем и дошкольном возрасте, но может быть у младших школьников и даже у подростков. Наиболее распространено сосание большого пальца руки.

Вариантами привычного сосания пальца являются сосание нескольких пальцев, всей кисти, кулака, языка, губы, неба, постельного белья, частей одежды. В качестве рудиментарных проявлений сосания пальцев можно рассматривать сосание различных предметов, игрушек, повышенную потребность ребенка в соске.

С физиологических позиций, сосание представляет собой врожденный автоматизм, формирующийся еще внутриутробно и тесно связанный с другими инстинктивными сферами (пищевое поведение, обоняние). Автоматизм сосания у младенца срабатывает в ответ на самые разнообразные раздражители — прикосновение к губам, носу, щекам, ладоням, на яркий свет, звуки. После 6 мес сосательный автоматизм подвергается постепенной редукции.

В происхождении сосания пальцев помимо резидуально-органической церебральной недостаточности имеет значение также наследственная отягощенность. Психотравмирующие факторы, приводящие к сосанию пальцев, включают ранний отрыв от груди с последующим искусственным вскармливанием, полную материнскую депривацию (воспитание в доме ребенка, гос-питализм, посещение круглосуточного детсада). Провоцирующим фактором возникновения сосания пальцев является изменение привычного жизненного стереотипа (резкое прекращение грудного вскармливания, тугое пеленание, госпитализация, разлучение с матерью). Сосанию пальцев часто сопутствуют невропатические проявления (нарушения сна, аппетита, склонность к субфебрилитету и сосудистой дистонии).

В младенческом и раннем возрасте сосание пальцев является вариантом нормального поведения, облегчающим засыпание и снимающим дискомфорт, связанный с голодом. Существует мнение, что в первые месяцы сосание пальца возникает и усиливается в ответ на неадекватный режим кормления. Дети легко прибегают к этой привычке в случае, если их кормят редко и непродолжительно. Во втором полугодии сосание может возникнуть из-за того, что взрослые слишком рано отучают детей от рожка и начинают давать пищу только из

ложки.

В некоторых случаях сосание пальцев можно рассматривать как манипулирование частями тела с игровой целью. В отличие от нормативных аналогов энуреза и заикания, имеющих верхнюю возрастную границу проявления (4 года), верхняя возрастная граница сосания пальцев как варианта нормы не достаточно очерчена [6]. Наблюдается тенденция к снижению эпизодов сосания пальцев у здоровых младенцев в возрасте от 6 до 9 мес и полное его исчезновение в возрасте от 9 до 12 мес. Однако стойкое сохранение феномена после 1-го года жизни может быть расценено и как вариант индивидуальной нормы поведения ребенка, имеющего повышенную потребность в сенсорной стимуляции.

Сосание пальцев как патологическая привычка также первично связано с нарушениями пищевого поведения и сна. Эмоциональный дискомфорт, «снимаемый» сосанием пальцев, помогает ребенку быстрее отойти ко сну или справиться с внезапно наступающим чувством сильного голода. Для сосания пальцев как психогенной поведенческой реакции характерно достаточно частое и стойкое появление во временной промежуток, приуроченный к моменту кормления или сразу после него, а также к моменту отхода ребенка ко сну. На этом этапе привычка может рассматриваться как компенсаторное поведение.

О превращении сосания пальцев в стойкий поведенческий стереотип свидетельствуют как увеличение частоты и длительности эпизодов сосания, так и изменение условий, при которых привычка проявляется. Ребенок начинает сосать палец в период бодрствования, предпочитая привычку играм, общению со сверстниками и взрослыми. К сосанию привлекаются другие пальцы, кулак, волосы, одежда, белье, окружающие предметы. Привычка становится постоянной потребностью и мало осознается ребенком. Потребность ее повторения связана с ситуациями физического утомления, тревоги, страха, эмоционального напряжения, скуки, тоски, растерянности, болевых ощущений, заинтересованности чем-либо. Таким образом, патологическая привычка становится специфическим ответом на неспецифические психотравмирующие факторы.

Критическая оценка привычки, осознание ее как чуждой и болезненной, страдание от вызываемого ею косметического дефекта, а также стремление от нее избавиться для раннего возраста не характерны. Данные особенности появляются, как правило, не ранее школьного возраста и свидетельствуют о том, что привычка приобрела черты навязчивого состояния (этап личностной реакции).

Неблагоприятным последствием длительного сосания является, в первую очередь, неправильное формирование прикуса. Кроме того, элементы «присасывающих» движений языка могут приводить к неправильному произношению звуков «р», «л», «ш», «ф», «с» и других, т. е. нарушать развитие звукопроизношения. Неблагоприятным последствием сосания кулачка могут быть привычные рвоты. Последнее часто отмечается у детей, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации [29]. Сосание кулачка с последующими привычными рвотами обычно сопровождается патологией пищевого поведения в виде инфантильной нервной анорексии.

Для сосания пальцев как патологической привычки характерна возрастная положительная динамика. Полное исчезновение привычки обычно наблюдается в младшем или среднем школьном возрасте.

6.4.2. Яктация

Представляет собой ритмичное стереотипное раскачивание туловищем или головой вперед или из стороны в сторону. Возникает преимущественно перед засыпанием или после пробуждения. У мальчиков встречается в 2-3 раза чаще, чем у девочек.

Этиологические факторы, приводящие к яктации, в целом схожи с таковыми при сосании пальцев. Особое значение в происхождении яктации имеет хронический дефицит внешней ритмической стимуляции (сенсорная депривация), ограничение двигательной активности. Дети, страдающие яктацией, часто имеют от рождения повышенную потребность в сенсорной стимуляции и уже с первых месяцев жизни проявляют особую любовь к укачиванию, ритму, музыке. К психотравмирующим факторам, провоцирующим возникновение яктации, следует отнести, в первую очередь, разлучение ребенка с матерью и, как следствие, воспитание его в детских закрытых учреждениях (домах ребенка). Не меньшую роль играют конфликтные отношения между членами семьи или коллектива, эмоциональная и физическая перегрузки. Первые проявления яктации могут возникнуть в связи с изменением жизненного стереотипа ребенка (появление зубов, переход от сидения к ползанию, от ползания к ходьбе). В ряде случаев яктации сопутствуют нарушения сна, что подтверждено ЭЭГ-исследованиями [25]. Имеется связь эпизодов раскачивания с переходными фазами между парадоксальным и синхронизированным сном.

Яктация наряду с сосанием пальцев чаще всего встречается в раннем детском возрасте. Уже на первом году жизни можно наблюдать в развернутом варианте все ее клинические проявления. Типичная яктация представляет собой раскачивание головой или телом в переднезаднем или боковых направлениях в положении сидя или стоя. Раскачиваясь в положении стоя, ребенок всегда держится руками за стенки кровати или манежа.

Необходимо отметить, что положение тела, в котором происходит яктация, во многом определяется уровнем развития его двигательных навыков. Так, у младенца 4-5 мес, научившегося переворачиваться, раскачивание будет проявляться в виде многократного ритмичного перекачивания со спины на живот и обратно. При этом ребенок чаще всего до конца на живот не переворачивается, а ограничивается лишь боковым положением. Описанные движения существенно отличаются от тех, которые младенец производит в норме, катаясь по горизонтальной поверхности пеленального столика или манежа.

В первом полугодии встречается также особая форма яктации — раскачивание тела с опорой на голову-пятки (поза «борцовского моста») [29]. В этом случае следует проводить дифференциальную диагностику яктации с тоническими судорогами по типу опиистотонуса.

С момента, когда ребенок начинает ползать, отрывая туловище от горизонтальной поверхности стола или манежа, может встречаться яктация туловищем вперед-назад в положении на четвереньках. В ряде случаев оно сопровождается вычурным отведением ребенком одной ноги в сторону.

Яктация часто осложняется биением головы о горизонтальную или вертикальную поверхность, что приводит к видимым косметическим дефектам (отечность и припухлость лба, гематомы на фронтальной поверхности головы). Описано также интенсивное кручение головой с частотой, достигающей до частоты сердечного ритма. Наконец, раскачивание может сопровождаться характерным эмоциональным подъемом, достигающим до выраженного возбуждения («гневливая яктация»).

Первый этап возрастной динамики яктации представляет собой поведенческую компенсаторную реакцию, приуроченную ко времени засыпания ребенка (младенческий и ранний детский возраст). Реактивное состояние, как правило, длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Раскачивание может прекратиться при устранении эмоционального дискомфорта, восстановлении динамики сна.

На втором этапе (адаптивно-гиперкомпенсаторном) происходит автоматизация раскачивающихся движений. Эпизоды раскачивания появляются в период активного

бодрствования ребенка, физического утомления, дискомфорта, боли, приступов дистимии, тревоги, скуки, растерянности, когда ребенок заинтересован чем-либо.

Третий этап яктации приурочен в большинстве случаев к школьному возрасту. Он наблюдается в случае, когда патологическая привычка у ребенка сохраняется длительно, в течение нескольких лет. Личностная реакция на привычку и критика к ней возникают вследствие повышенного внимания окружающих к особенностям поведения детей. Ребенок стремится скрыть привычку.

У большинства детей яктация исчезает в дошкольном или раннем школьном возрасте. Поздняя редукция яктации связана с тем, что она приобретает черты навязчивого или насильственного явления. Возможна также трансформация яктации в психотический феномен. В последнем случае она может быть одним из проявлений кататонического симптомокомплекса при процессуальном заболевании.

6.4.3. Мастурбация

Привычное действие, лежащее в основе мастурбации, представляет собой раздражение половых органов руками, сжатие ногами, трение о предметы и т. д. У детей раннего возраста привычка является следствием фиксации игровых манипуляций частями тела и не сопровождается сексуальным возбуждением.

Источником сексуального удовлетворения мастурбация может быть только у подростков. Конечная цель, которую чаще всего преследует ребенок раннего возраста в процессе манипуляции с половыми органами, сводится к эмоциональной и двигательной разрядке, самоуспокоиванию. В ряде случаев мастурбация является источником релаксации, снятия болевых ощущений, отторжения от сверхсильных раздражителей [6].

Этиологические факторы, приводящие к мастурбации, достаточно разнообразны — наследственная предрасположенность, резидуально-органическая отягощенность, депривационный фактор. В младенческом и раннем детском возрасте особую роль в происхождении мастурбации играют такие психотравмирующие факторы, как дефицит тактильного контакта с матерью, физическое наказание, запугивание, одергивание ребенка, ограничение его двигательной активности. Пусковыми факторами могут быть разлука с матерью, конкурентные отношения с сибсом, конфликты в семье.

По данным Б. Е. Микиртумова [66], мастурбация у детей раннего возраста чаще всего встречается в структуре резидуально-органического заболевания мозга. В частности, она может быть одним из проявлений повышенной нервной возбудимости при невропатии [38]. У большинства детей отмечаются черты семейно-педагогической запущенности и дисгармонии как следствие депривации. Реже расстройство встречается при неврозах и ситуативных реакциях [39].

Привычная манипуляция половыми органами у детей первых лет жизни часто возникает в ответ на боль, зуд в паховой области, аллергический дерматит, опрелости, стесненное пеленание, глистные инвазии. Вначале мастурбация является кратковременным эпизодом, но под влиянием психогенных факторов переходит в устойчивый поведенческий стереотип. Повторные эпизоды возникают под влиянием утомления, эмоционального напряжения, неправильного воспитания в семье (завышенные требования к ребенку, наказания, требования беспрекословного подчинения) [6].

Мастурбация, в целом, вдвое чаще наблюдается у мальчиков. Исключение составляет младенческий и ранний детский возраст, когда число мастурбирующих девочек преобладает.

В раннем возрасте мастурбационный акт у девочек выражается в плотном сжимании

бедер, раскачивании, трении о различные предметы, например, о стул. В некоторых случаях для этих целей используются руки или игрушки. Для мальчиков также характерно сжимание бедер или ерзанье на животе. Мастурбационный акт у детей разных полов сопровождается мышечным напряжением, гиперемией кожных покровов, потливостью, учащенным дыханием [66]. Во время приступа у ребенка может отмечаться «отрешенное» выражение лица. Заканчивается акт общим расслаблением. Приступы мастурбации чаще всего приурочены ко времени отхожд-ения ко сну. Они относительно непродолжительны, длятся до нескольких минут. При появлении родителей дети обычно прекращают мастурбацию, выжидают ухода родителей, после чего вновь ее продолжают. При попытке родителей прервать мастурбацию у детей появляется недовольство, протестные и примитивные истерические реакции — они отбиваются, плачут, падают на пол.

Помимо типичных проявлений мастурбации в раннем возрасте у детей часто наблюдаются игровые манипулирования половыми органами. Реже отмечается чрезмерное пристрастие детей к обнажению, близкому телесному контакту.

Мастурбация как патологическое привычное действие может приводить к достаточно отчетливым изменениям в целом поведенческого стереотипа ребенка.

Это свидетельствует о начале второго этапа возрастной динамики патологической привычки — этапа стойкого поведенческого стереотипа. Так, в поведении ребенка резко ограничивается игровая деятельность, исчезает интерес к игрушкам и новым впечатлениям. Дети становятся пассивными, как бы утрачивают свойственную им ранее живость и естественность в проявлении чувств и интересов к окружающему. В их настроении преобладает угрюмость, которая постепенно усиливается, так как родители, часто не считая детей больными, относятся к ним со все нарастающим чувством недовольства.

Реакция родителей на поведение мастурбирующих детей заключается в настойчивом стремлении пресечь действия любыми средствами. Как правило, взрослые прибегают к запретам, наказаниям, в том числе и физическим. Нередки случаи, когда родители пытаются предупредить «неправильные» действия своих детей путем физического стеснения и даже фиксации. Другим частым средством борьбы родителей с мастурбацией детей являются угрозы. Так, в одном наблюдении мать, стремясь избавить дочку от «вредной» привычки, угрожала «рассказать о ее поведении воспитателям детского сада и всем детям». Однако девочка продолжала заниматься мастурбацией тайно. В ее поведении стало явно отмечаться стремление к территориальному уединению.

В то же время дети уже с двухлетнего возраста способны понимать «постыдный» характер своих действий и сталкиваются с необходимостью их скрывать. Это, в свою очередь, становится дополнительным фактором, вызывающим эмоциональное напряжение у ребенка и, следовательно, приводящее к учащению приступов.

Неэффективность преодоления мастурбации путем запретов и наказаний связана с тем, что последняя чаще, чем другие патологические привычные действия, приобретает характер навязчивого или насильственного влечения [6]. Вместе с тем, переключение внимания ребенка на другую эмоционально-положительную активность, обеспечение ребенка необходимыми для возраста телесными ощущениями и тактильным контактом чаще в случае мастурбации приводит к положительному результату. Неадекватная родительская реакция на детскую мастурбацию приводит к тому, что этап личностной реакции ребенка на мастурбацию (3-я стадия возрастной динамики) возникает в более раннем возрасте, чем этап личностной реакции при других патологических привычках.

Ранняя детская мастурбация может быть одним из проявлений вегетативного пароксизма

[66]. В этом случае мастурбационный акт будет сопровождаться различной степенью выраженности суженным сознанием. На высоте приступа дети никак не реагируют на появление рядом с ними взрослых, продолжая мастурбацию. Другая характерная особенность мастурбации как пароксизмального приступа — выраженность вегетативных расстройств («кожа краснеет до малинового цвета», «вся покрывается потом») и преобладание тонического напряжения в мышцах. Движения, совершаемые детьми, носят произвольный характер. Приступы мастурбации как проявление пароксизмального расстройства требуют принципиально иного подхода к их лечению, нежели в случае их проявления в качестве патологических привычных действий.

6.4.4. Обкусывание ногтей

Встречается преимущественно в препубертатном возрасте. В раннем детстве отмечаются лишь кратковременные эпизоды обкусывания ногтей, что позволяет рассматривать их как компенсаторную поведенческую реакцию, то есть первую стадию возрастной динамики патологических привычных действий.

Феноменология привычки подразумевает возможность ее возникновения только с возраста 8 мес — время прорезывания второй пары резцов. Иногда обкусывание сопровождается проглатыванием ногтей (онихофагия). Наблюдается также обкусывание прилегающих участков кожи, что нередко приводит к местным воспалительным явлениям.

Обкусывание ногтей одинаково часто встречается у представителей различных полов с небольшим преобладанием у мальчиков.

В раннем возрасте обкусывание ногтей может возникнуть в ответ на неприятные ощущения при прорезывании зубов, стоматите, отлучении от груди, лишении соски, разлучении с матерью, помещении в ясли, испуге, наказании.

На первом этапе обкусывание ногтей можно достаточно легко устранить, заинтересовав ребенка чем-либо другим (соской, леденцами, сухариком и др.). Если этого не происходит, то обкусывание ногтей возникает во все более различных ситуациях, приобретая характер устойчивого поведенческого автоматизма. В отличие от яктации и сосания пальцев, обкусывание ногтей чаще связано не со сном, а с поведением в период бодрствования. Ребенок может обкусывать ногти в момент нетерпеливого ожидания какого-либо события, когда ему временно запрещают игру или другие действия.

6.4.5. Трихотилломания

Трихотилломания — выдергивание волос на волосистой части головы, бровей, иногда сопровождающееся чувством удовольствия. Выдергивание волос происходит на строго определенном участке головы. Соседние с облысением участки головы депиляции не подвергаются, а после отрастания волосы выдергивают снова. В некоторых случаях волосы выдергивают по всей поверхности головы, что приводит к тотальному облысению. Указанные действия часто сопровождаются снижением порога болевой чувствительности.

Филогенетически феномен выдергивания волос представляет собой примитивную защитно-приспособительную реакцию на уровне неосознанных форм психического реагирования. Ее отдаленным аналогом является феномен «хвоста ящерицы» [24].

С этологической точки зрения нередко наблюдающийся в раннем возрасте повышенный интерес к волосам есть врожденное проявление груминг-поведения («прихорашивающегося», «очищающего» поведения).

В раннем детском возрасте трихотилломания часто возникает как автоматизированное произвольное действие. Принципиально иное качество привычки отмечается в школьном и подростковом возрасте. В этом возрасте детьми может осознаваться чуждость привычки и,

вследствие этого, наблюдаться критическое к ней отношение. Возникает упорное стремление усилием воли от нее избавиться, что приносит, однако, лишь кратковременный положительный результат. В период пубертата отмечается выраженная тенденция ритуальности привычки. Указанные особенности позволяют отнести подростковую трихотилломанию к навязчивым состояниям.

В ряде случаев привычка является проявлением ауто-агрессивных действий в рамках невротоподобных компульсивных расстройств [24]. В этом случае она коррелирует с такими особенностями характера, как чувство собственной неполноценности, неприятие самого себя, самобичевание.

Трихотилломанией в 2-3 раза чаще страдают девочки, но для раннего возраста характерно обратное соотношение.

В раннем детстве клинические проявления трихо-тилломиии более элементарны и рудиментарны, чем в школьном и подростковом возрасте. Они ограничиваются усиленным кручением волос на каком-то определенном участке волосистой части головы. Сложного ритуала, характерного для старшего возраста и включающего накручивание волос на палец с последующим потягиванием, пережевывание и проглатывание луковицы оторванного волоска, практически не наблюдается.

Привычка «играть» с волосами, их крутить и подергивать впервые возникает обычно в момент кормления грудью или в момент засыпания на руках у матери, то есть в момент максимального психологического комфорта. Тревога, страх, недовольство, эмоциональное напряжение может привести к стремлению чаще производить эти действия. Начальный этап возрастной динамики привычки длится до 2-3 мес и может закончиться полным выздоровлением.

У детей, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации, трихотилломания может возникнуть как первичная невротическая реакция в ответ на разлуку с матерью. Дети преморбидно отличаются повышенной тревожностью, боязливостью, чувствительностью к новой обстановке. Отрыв от матери манифестирует, как правило, реакцией отказа (отказ от игрушек, общения с другими людьми, приема пищи), впоследствии переходящей в психогенную депрессию (двигательная заторможенность, отсутствие интереса к общению со взрослым и к игре, отставание в психическом развитии).

Трихотилломанию необходимо дифференцировать с нервнотрофическим облысением на основании следующих признаков: а) поверхность облысения расположена не в разных местах волосяного покрова, а как правило на одном, удобном для выщипывания участке; б) поверхность облысения неровная, «плохо остриженная». При нервно-трофическом облысении поверхность облысевших участков либо полированно гладкая, либо покрыта равномерно отрастающими волосами.

6.5. Лечение

Лечение патологических привычных действий зависит от возраста ребенка, стадии заболевания, а также от нозологической формы, в рамках которой отмечаются клинические проявления патологической привычки [101].

На стадии психогенной реакции терапия заключается в ликвидации психотравмирующего фактора. По данным Ю. С. Шевченко, применяются методики индивидуальной суггестивной и семейной психотерапии, преследующие цель снять у ребенка аффективное напряжение, улучшить отношения в семье [6]. Своевременное адекватное психотерапевтическое вмешательство важно также для профилактики перехода патологической привычки как психогенной реакции в автоматизированный стереотип. На

этапе поведенческого стереотипа применяются различные психотерапевтические методики — бихевиоральная (поведенческая), гипнотерапия и др. Наиболее распространенной бихевиоральной методикой является «привычная отмена». Гипнотерапия включает в себя «регрессию возврата».

Среди препаратов, положительно влияющих на динамику патологических привычных действий, наиболее эффективными являются антидепрессанты. Используются препараты, обладающие как широким спектром действия (кломипраמיד), так и избирательно тимоаналептическим действием (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) [6]. В случае трансформации патологической привычки в обсессивно-компульсивный синдром применяются нейролепти-ки (неулептил, сонапакс, аминазин).

В раннем возрасте основным способом лечения патологических привычных действий следует считать семейную психотерапию. Очень важно объяснить матери причину патологической привычки ребенка, а также рассказать о тех способах воздействия, которые применимы в отношении ребенка. Важно дать понять матери, чтобы она не фиксировала внимание ребенка каждый раз, когда он производит те или иные «вредные» действия.

Для профилактики сосания пальцев в первые месяцы жизни важно сформировать у младенца адекватный режим кормления, индивидуально для него подходящий. Родителям следует соблюдать также ритуал отхождения ко сну.

Для каждой из привычек традиционно применялись различные средства этиопатогенетического и симптоматического лечения. Так, в случае сосания пальцев в раннем возрасте рекомендуется ребенка часто и регулярно кормить, оказывать повышенную заботу о нем, чаще поощрять, отказаться от наказания, игнорировать привычку. При яктации рекомендуется использование ритмической стимуляции, музыки, качелей, длительного держания и укачивания на руках, зрительной, слуховой, тактильной стимуляции, гипноза. При онихофагии используют плацебо-эффект (замачивание ногтей в оливковом масле), а также методики, позволяющие отвлечь внимание от обкусывания ногтей. Мастурбацию лечат сдерживанием ребенка за счет привлечения его к совместной игре; проводится также императивное внушение наяву и в состоянии гипноза. При трихотилломании применяют различные суггестивные и поведенческие методики. В любом случае производится коррекция неправильного воспитания, преодоление дефицита родительского внимания, терпимое отношение к привычке со стороны родителей.

Использование физических средств и препятствий, отвращающих ребенка от патологических привычек (шлем при трихотилломании; стоматологические муфты и шипы, горечь, лингвальные муфты при сосании пальцев и онихофагии), в настоящее время признаны неэффективными.

Глава 7. ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

7.1. Последствия внутриутробного воздействия наркотиков

На протяжении последних десятилетий специалистам различных медицинских областей приходится сталкиваться с последствиями употребления беременными женщинами наркотических и токсических веществ. Ежегодно в США, по данным Raut C. P., Stephen A., Kosofsky B., 7 тыс новорожденных подвергаются внутриутробному воздействию опиатов [151].

Среди всех наркозависимых лиц около 25 % — женщины детородного возраста. В последние годы количество детей, рожденных от беременных, употреблявших в процессе вынашивания ребенка наркотики, непрерывно растет. В 1994 г. по Санкт-Петербургу данный показатель составил 4,4 на 1000 новорожденных, в 1996 г. — 10,3, а в 1998 г. возрос

до 22,3 [99]. Более 90 % наркозависимых беременных употребляют опиаты.

Помимо прямого воздействия на организм будущей матери, употребление наркотиков влияет на исход беременности, развитие и рост плода, состояние новорожденного в первые часы и дни жизни, а также на все последующие этапы психического и физического развития ребенка.

На практике специфическое влияние наркотизации на здоровье будущего ребенка часто проследить достаточно сложно, так как употребление в период беременности женщиной наркотиков сопряжено с воздействием большого количества других неблагоприятных факторов — перинатальными заболеваниями, внутриутробными инфекциями, курением, алкоголизацией и др.

Последствия внутриутробного воздействия наркотических веществ на плод зависят от нескольких факторов: 1) вида употребляемого наркотика; 2) способа его употребления (курение, внутривенные инъекции, интраназальное введение и др.); 3) формы его употребления (эпизодическое, периодическое, постоянное); 4) дозы наркотического вещества; 5) периода беременности, в течение которого имело место употребление наркотиков.

Результат внутриутробного воздействия наркотиков во многом зависит также от соматического статуса матери, в частности от состояния плацентарного кровотока, стадии наркоманической болезни, наличия сопутствующих заболеваний, выраженности синдрома последствий наркотизации.

7.1.1. Метаболизм наркотических веществ плодом

Воздействие наркотических веществ на плод происходит вследствие их проникновения через плацентарный барьер. Большинство наркотиков легко через него проходят. До попадания в организм плода они метаболизируются организмом матери и плацентой. Пониженная концентрация альбумина, наблюдаемая у наркозависимых беременных женщин, является дополнительным фактором, приводящим к возрастанию концентрации наркотических веществ в крови плода.

Вследствие особенностей кровоснабжения плода большая часть крови, снабжающая его головной мозг, минует печень и легкие, а следовательно, не подвергается предварительной детоксикации. Таким образом, головной мозг плода получает кровь, содержащую большую концентрацию наркотических веществ по сравнению с другими органами. Кроме того, для плода характерна, с одной стороны, незрелость ферментных систем, инактивирующих наркотические вещества, и низкая величина почечной экскреции, с другой. Особенности выделительной системы плода, в свою очередь, способствуют накоплению наркотиков в амниотической жидкости и вторичному их поступлению в организм путем заглатывания. Все это создает предпосылки для длительного периода полувыведения наркотических веществ из организма плода, значительно превышающего таковой у взрослого, и зависимости экскреции наркотика от дезинтоксикационных возможностей организма матери [151].

Употребляемые женщиной наркотические вещества многообразно влияют на беременность и будущего ребенка. Выделяют несколько аспектов наркотизации беременных. Это, в первую очередь, воздействие наркотиков на организм женщины и на процессы течения беременности и родов. Во-вторых, влияние наркотиков на рост и развитие плода. В-третьих, это влияние внутриутробной наркотизации на состояние ребенка после рождения, его жизнеспособность и адаптацию к внеутробной жизни. Отдельно рассматриваются отдаленные последствия наркотизации на соматическое состояние и

психическое развитие детей в первые годы жизни.

7.1.2. Влияние наркотизации на течение и исход беременности

У беременных женщин наркотизация может приводить к появлению довольно характерных симптомов и осложнений. Это — частые вагинальные кровотечения, анемия, тяжелый гестоз, подострый бактериальный эндокардит, септические тромбофлебиты. Часть из них достаточно специфична в отношении наркомании, другие являются следствием патологии течения беременности, спровоцированной приемом наркотиков. Вместе с тем имеются специфические отличия протекания беременности при употреблении различных видов наркотиков. Так, при употреблении беременными героина помимо вышеперечисленных проявлений часто наблюдаются хориоамнионит, цистит, уретрит, пиелонефрит, хронический гепатит, болезни, передающиеся половым путем, преэклампсия, эклампсия. В психическом статусе у женщин часто описывают тревожные и депрессивные состояния [72].

Наркотизация беременной существенно отражается на прогнозе и исходе родов. В частности, влияние наркотиков проявляется в хронической плацентарной недостаточности, преждевременной отслойке плаценты, преждевременном разрыве плодного пузыря, преждевременных родах и, как следствие, рождении недоношенного ребенка. Последнее отмечается у 50 % беременных, употребляющих в процессе беременности героин [75]. Достаточно часто встречается ягодичное предлежание и патология родовой деятельности в виде стремительных родов.

Влияние героина на течение беременности проявляется в высокой частоте преждевременного выделения плодом мекония и его заглатывании. При резком прекращении употребления матерью опиатов может возникнуть отслойка плаценты и, в зависимости от срока гестации и жизнеспособности плода, беременность закончится либо самопроизвольным выкидышем, либо преждевременными родами [151].

Употребление кокаина в первом триместре беременности также обычно сопряжено с риском самопроизвольного выкидыша, а на более поздних сроках — с преждевременными родами. Вызывая у беременной женщины ряд угрожающих для жизни осложнений (судороги, аритмия и др.), кокаин, так же как и героин, способен приводить к внутриутробной гибели плода.

7.1.3. Воздействие наркотика на плод

Воздействие наркотика на плод складывается из общетоксического и тератогенного действий, а также специфического действия, определяющегося химической структурой наркотического вещества и характером его взаимодействия с рецепторами организма. Тератогенное действие наркотика может быть тесно сопряжено с токсическим действием. В этом случае тератогенный эффект возникает как следствие усиленного дезинтоксикационного метаболизма наркотика в тканях плода [151].

7.1.3.1. Тератогенное влияние

Впервые с массовыми последствиями внутриутробного тератогенного влияния лекарственных веществ врачи столкнулись в 1962 г. Тогда использование женщинами на ранних сроках беременности транквилизатора талидомида стало причиной рождения около 5 тыс детей с врожденными пороками в виде недоразвития нижних конечностей [4].

Чувствительность формирующихся органов и систем плода к трансплацентарному воздействию наркотических веществ зависит от периода органогенеза, специфичного для каждой системы органов (табл. 5).

Тяжесть последствий тератогенного воздействия наркотика на плод зависит от стадии

внутриутробного развития. Поражение зародыша в период бластогенеза (до 4 нед беременности) чаще всего приводит к его внутриутробной гибели.

Таблица 5. Сроки наибольшей чувствительности различных систем органов к тератогенному воздействию [151]

Органы	Сроки гестации, нед
Центральная нервная система	2-38
Сердце	2,5-8
Ухо	3-12
Глаза	3,5-38
Верхние конечности	3,5-8
Нижние конечности	3,5-8
Губы	4-7
Зубы	5,5-20
Небо	5,5-9
Наружные половые органы	6,5-38

Эмбрион наиболее чувствителен к тератогенному воздействию наркотиков в первые 8 нед развития, когда интенсивно происходят процессы органогенеза. Употребление наркотиков в этот период может приводить либо к тяжелым врожденным порокам развития, либо к внутриутробной гибели. Внутриутробная гибель часто также является следствием несовместимых с жизнью пороков развития мозга или внутренних органов. То же самое касается и в целом первого триместра беременности. Результатом тератогенного воздействия наркотиков здесь также будет либо самопроизвольный выкидыш, вызванный внутриутробной гибелью, либо тяжелые врожденные пороки.

Воздействие наркотиков на плод во втором и третьем триместрах беременности также может приводить к достаточно большому количеству нарушений развития. Однако, наряду с тяжелыми пороками развития внутренних органов, приводящими к угрозе для жизни и здоровья, в этот период часто возникают так называемые малые аномалии развития (синонимы: дисгенезии, дизморфии, дисплазии, стигмы диз-эмбриогенеза и др.), обуславливающие появление функциональных дефектов.

Наиболее частым пороком развития, возникшим вследствие тератогенного влияния опиатов, является дефект межжелудочковой перегородки. Среди малых аномалий развития чаще всего описывается деформация стоп и клинодактилия.

Количество малых аномалий развития у детей, рожденных от героинзависимых матерей, составляет у 20 % менее 5 (легкая степень), у 68 % — 6-10 (средняя степень), а у 12 % — свыше 10, что существенно превышает имеющиеся нормативы «порога» стигматизации. Важно отметить, что по количеству стигм дизэмбриогенеза дети, испытавшие внутриутробное воздействие героина, не столь значительно уступают младенцам, рожденным от алкогользависимых матерей.

Тератогенный эффект у метадона выражен значительно слабее, чем у героина. Дети, рожденные от метадонзависимых матерей, обычно имеют минимальное количество аномалий развития (1-3).

Изолированное использование беременными фенобарбитала в первом триместре беременности приводит у будущих детей к удвоению частоты встречаемости дизморфии, микроцефалии и пренатальных задержек роста.

Фенциклидин (галлюциноген) оказывает сильное тератогенное воздействие, в частности,

на процесс формирования черт лица. Употребление будущей матерью фенциклидина во время первых 6 нед беременности может привести к пороку развития мозжечка. Среди врожденных анатомических аномалий, возникших вследствие внутриутробного употребления фенциклидина, описана микроцефалия.

Наличие тератогенного действия каннабиноидов установлено в опытах на животных, однако аналогичный эффект у людей до настоящего времени пока еще не описан.

В последнее время в литературе широко обсуждается вопрос о возможности специфического тератогенного воздействия наркотиков на плод. Так, в частности, как последствие внутриутробного влияния кокаина описана дизморфия в виде синдрома «незатянутого пояса», представляющего собой триаду симптомов: слабость брюшной стенки, нарушения в мочевыводящей системе в виде дилатации мочевого пузыря, уретры, почечной лоханки, а также билатеральный крипторхизм. Однако специфичность данного симптомокомплекса в отношении именно кокаина остается недоказанной.

7.1.3.2. Влияние на развитие плода

Влияние наркотиков на плод в целом проявляется в замедлении темпов внутриутробного роста и развития. Это является отчасти результатом токсического действия наркотика на плод.

Высока частота внутриутробной гибели плода. Данный эффект можно рассматривать в качестве универсальной реакции организма беременной на прием наркотиков. Он одинаково часто наблюдается при употреблении разных наркотических веществ с принципиально различным механизмом действия и степенью токсичности — опиатов, кокаина, галлюцино-генов, каннабиноидов и др.

Воздействие опиатов на плод вызывает подъем систолического давления и увеличение кровотока к мозгу, сердцу и диафрагме плода, что приводит к частым приступам двигательного возбуждения плода и усилению его респираторной активности.

Эффекты воздействия наркотика на плод существенно зависят от используемой дозировки. Употребление беременной малых доз опиатов не позволяет плоду развить толерантность к наркотику, и уровень его метаболизма в органах и тканях остается высоким. Это приводит к избыточному расходу плодом энергетических субстратов и, как следствие, последующему замедлению его внутриутробного роста. Употребление более высоких доз опиатов вызывает принципиально иные эффекты, проявляющиеся, главным образом, после рождения ребенка. Последствия внутриутробного влияния опиатов на плод усиливаются при неполноценном питании матери и интеркуррентных заболеваниях.

При использовании беременной транквилизаторов отмечается угнетение нервной системы, что наиболее отчетливо проявляется после рождения ребенка. Наиболее вероятный механизм внутриутробного влияния бензодиазепинов на плод связан с воздействием гамма-аминомасляной кислоты на развивающиеся ГАМК-рецепторы мозга, к которым имеют сродство бензодиазепиновые рецепторы.

Влияние употребления производных Д-тетрагидро-каннабинола на плод (при курении марихуаны) сводится, как и при курении табака, к ухудшению оксигенации тканей и органов (в связи с воздействием на плод окиси углерода). Это проявляется в количественном замедлении роста плода. Употребление марихуаны во время беременности вследствие гипоксии приводит к более сильной мекониевой окраске околоплодных вод и более продолжительным родам, чем в случае употребления героина. Имеется также связь между курением женщиной в процессе беременности марихуаны и последующими нарушениями зрения у ребенка.

Употребление беременной кокаина приводит к снижению маточного и плацентарного кровотока, тахикардии и, как следствие, к ухудшению кровоснабжения и оксигенации плода. Наиболее сильное воздействие на плод происходит при курении крэка (производного кокаина). Прогноз ухудшает связанная с употреблением кокаина анорексия беременной, приводящая к снижению массы тела женщины и недополучению плодом питательных веществ. Помимо воздействия на процессы питания у плода, кокаин непосредственно влияет на рост его головного мозга и тела.

Изолированное влияние фенциклидина на развитие плода на практике проследить достаточно сложно, так как употребляющие его беременные женщины страдают также зависимостью от других веществ. Известно, однако, что фенциклидин легко проникает через плаценту. Суммарный эффект воздействия на плод галлю-циногена и других наркотических веществ проявляется в замедлении его внутриутробного роста и развития.

Употребление беременными женщинами летучих органических веществ (вдыхание паров клея, бензина, ацетона и других растворителей) приводит также к замедлению внутриутробного роста и незрелости ребенка при рождении. При рождении у детей, подвергшихся пренатальному воздействию летучих органических веществ, описаны соматоневрологические расстройства и аномалии, сходные с «алкогольным синдромом плода».

7.1.4. Влияние внутриутробной наркотизации на состояние новорожденного

У детей, подвергшихся внутриутробному воздействию наркотиков, отмечается крайне высокая смертность сразу после рождения. В. Д. Москаленко приводит данные, согласно которым умирают 75 % новорожденных, подвергавшихся внутриутробному влиянию героина, и 82 % — влиянию метадона, вовремя не получивших медицинскую помощь [71]. Однако, если роды проходят в медицинском учреждении и ребенку была оказана квалифицированная помощь, частота смертности новорожденных снижается до 17,4%.

Хорошо известно влияние внутриутробного воздействия наркотиков на последующую жизнеспособность ребенка в первые месяцы жизни. Распространенность синдрома внезапной смерти среди детей, матери которых во время беременности употребляли наркотики, в 4 раза выше, чем в общей популяции.

Дети наркозависимых беременных рождаются незрелыми и с низкой массой тела. У 30 % детей при рождении масса тела оказывается ниже 2500 г, причем мало-весность сохраняется в течение всего первого года жизни [72]. По другим данным отечественных исследователей, более 70 % таких новорожденных имеют массу тела ниже 2300 г [98]. Маловесность отмечается также во всех случаях рождения детей в срок. Размеры тела новорожденных также не соответствуют их гестационному возрасту. Длина тела, окружности груди и головы оказываются существенно сниженными по сравнению с нормой.

Дальнейшее физическое развитие детей, подвергшихся пренатальной наркотизации, существенно отстает на первом году жизни от развития здоровых младенцев. По данным С. Б. Хацкеля, Д. А. Ходова, О. В. Ильиной, уже к 3 мес жизни у всех детей диагностируют дистрофию пренатального генеза II степени, резистентную к традиционно проводимой терапии [98]. К 6 мес у трети детей дистрофия достигает III степени. Отмечается замедление роста тела в длину. В отличие от здоровых недоношенных, у детей, родившихся от наркозависимых матерей, не наблюдается характерного «ростового скачка». Выявляется равномерное отставание показателей роста в первом полугодии жизни. К концу первого года жизни у всех детей дефицит длины тела увеличивается.

При метадоновой наркомании беременных масса тела детей при рождении, как и другие

антропометрические показатели, в целом более высокие, чем при ге-роиновой наркомании. Однако тенденция к маловесности как в период новорожденности, так и в течение всего первого года жизни у детей, рожденных от метадонзависимых женщин, достаточно выражена.

Влияние внутриутробной наркотизации матери на состояние детей после рождения во многом зависит от дозы применяемого наркотика. При употреблении опи-атов в малых дозах у новорожденных сразу после рождения отмечается повышенная нервно-рефлекторная и мышечная возбудимость, десинхронизация ЭЭГ, повышенная частота дыхания и сердечных сокращений. Изменение данных показателей по сравнению с нормой можно связать с повышенным уровнем метаболических процессов, вызванных усиленным потреблением кислорода, сниженным рН крови и избыточным количеством оснований. Принципиально иные эффекты возникают при употреблении беременной опиатов в больших дозах. У новорожденных выявляют признаки угнетения центральной нервной системы, повышенную синхронизацию волн на электроэнцефалограмме, угнетение двигательной, дыхательной и глазодвигательной активности, уменьшение уровня метаболических процессов.

В первые дни жизни у детей наркозависимых матерей достаточно часто отмечаются неврологические и респираторные осложнения ряда перинатальных заболеваний — недоношенности, задержки внутриутробного развития, внутриутробных инфекций. Так, например, при внутриутробном употреблении матерями героина в периоде беременности у недоношенных новорожденных отмечается повышенная частота респираторного дистресс-синдрома. Велика распространенность внутриутробных инфекций. Так, по данным Д. А. Ходова, И. Н. Горевой, Е. А. Гоголевой, бактериально-вирусный хориодецидуит, выявленный при морфологическом исследовании плацент, наблюдается в 34,5 % случаев, микоплазменная и хламидийная по-раженность составляет более 20 % [99].

Достаточно часто выявляют ассоциированные с наркоманиями инфекции — ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис. У 90 % новорожденных, родившихся от наркозависимых матерей, по данным С. Б. Хацкеля, Д. А. Ходова, О. В. Ильиной, выявляют антитела к гепатиту С. 16 % нуждаются в превентивном лечении сифилиса [98].

Новорожденные, рожденные от женщин, употреблявших во время беременности кокаин, маловесны и незрелы. У них отмечается сниженная биоэлектрическая активность мозга как следствие внутриутробной задержки развития нервной системы. В первые дни жизни тяжелые электрофизиологические нарушения обычно нормализуются, исключая те редкие случаи, когда состояние ребенка осложняется тяжелой сосудистой недостаточностью мозга, вызванной обширными церебральными инфарктами или перинатальной асфиксией, связанной с преждевременным отторжением плаценты.

У детей, подвергшихся пренатальному воздействию кокаиновой интоксикации, отмечается повышенная возбудимость, стойко сохраняющаяся в первые месяцы жизни. Данный эффект является следствием внутриутробного влияния кокаина на дофаминергическую систему. Это, в свою очередь, может быть причиной развития перинатальных церебральных инфарктов.

У новорожденных, переживших внутриутробное воздействие барбитуратов и бензодиазепинов, при рождении обычно отмечаются признаки угнетенного дыхания.

Для детей, подвергшихся в период беременности воздействию фенциклидина, характерны следующие неврологические расстройства: повышенные сухожильные рефлексы, спастические нарушения мышечного тонуса, ослабленный хватательный

рефлекс, сниженная подвижность суставов, миоз, гипервозбудимость, внезапные приступы двигательного возбуждения, невозможность самостоятельного самоуспокоения.

7.1.5. Специфическое влияние наркотика на плод

Результатом специфического влияния наркотика на плод, связанного с его воздействием на опиатные рецепторы, еще во внутриутробном периоде можно считать резкое усиление его двигательной активности в период абстиненции матери и необычно «тихое» и спокойное его поведение в состоянии наркотического опьянения. В то же время описанное явление может быть следствием способности плода реагировать на изменение эмоционального состояния матери посредством изменения собственной двигательной активности. Наиболее ярко специфическое влияние наркотика проявляется в первые часы и дни после рождения в виде неонатального абстинентного синдрома. Он является следствием влияния наркотика на рецепторы плода на поздних сроках беременности.

Имеются данные о менее тяжелых последствиях внутриутробного воздействия метадона по сравнению с героином. С этим связано то, что метадон в большинстве случаев используется беременными в качестве средства заместительной терапии при лечении героиновой наркомании. Приведенные данные касаются в основном зарубежных наблюдений, так как в нашей стране метадон в качестве средства заместительной терапии не разрешен.

Применение беременными метадона обеспечивает достаточно постоянный уровень опиата в крови, что снижает опасность развития у женщин абстинентного синдрома. Это, в свою очередь, предотвращает возникновение типичных, связанных с абстиненцией, осложнений беременности — отслойки плаценты, самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, синдрома мекониевой аспирации, замедления внутриутробного развития. Особенности фармакологического действия метадона приводят к меньшему по сравнению с героином риску возникновения проявлений неонатального абстинентного синдрома и, в частности, неонатальных судорожных состояний. Кроме того, пероральное употребление метадона устраняет вероятность ВИЧ-инфицирования беременной, которое возникает только в связи с парентеральным использованием опиатов. В целом женщины, получающие поддерживающую терапию метадонами, чаще находятся под медицинским наблюдением и, следовательно, проходят своевременное обследование и лечение. Таким образом, младенцы, матери которых в процессе беременности находятся на поддерживающей терапии метадонами, имеют лучший прогноз, чем те, у которых матери во время беременности употребляют героин [151].

Неонатальный абстинентный синдром чаще всего развивается при употреблении беременной опиатов (героин, опиаты низкой очистки, метадон), барбитуратов (фенобарбитал), бензодиазепинов (диазепам). Наиболее тяжело протекает опиатный абстинентный синдром новорожденных. Он же является наиболее частым среди всех случаев неонатальных абстинентных состояний.

Опиатный неонатальный абстинентный синдром новорожденных развивается у 70-80 % детей, рожденных от наркозависимых матерей. Частота его встречаемости зависит от наркотичности используемого вещества. Наиболее часто он отмечается при употреблении героина, реже — при приеме опиатов низкой очистки.

Клинические проявления героинового неонатального абстинентного синдрома зависят от ряда факторов, среди которых важное место занимает время последнего приема наркотиков. К наибольшему риску возникновения абстинентного состояния приводит употребление наркотиков в течение последних суток перед родами.

Клинические проявления абстинентного синдрома возникают у 50-75 % детей сразу после рождения или в первые 48 ч жизни. Однако у некоторых детей они появляются гораздо позднее, в возрасте примерно 4-6 нед. Большинство абстинентных проявлений исчезают в течение нескольких дней самостоятельно или под влиянием проводимой медикаментозной терапии. Однако некоторые из симптомов, особенно раздражительность и тремор, являются достаточно устойчивыми и могут наблюдаться до трехмесячного возраста.

Симптомы героиновой неонатальной абстиненции могут купироваться у ребенка под влиянием получаемых с материнским молоком опиатов. Это возникает в том случае, если женщина после родов продолжает принимать наркотики и одновременно кормит ребенка грудью.

Развернутая клиническая картина неонатального героинового абстинентного синдрома включает нарушения со стороны многих систем органов. Наиболее важные — это нарушение функции центральной нервной системы, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, вегетативные нарушения (табл. 6).

Таблица 6. Основные проявления героинового неонатального абстинентного синдрома

Система органов	Симптомы
Нарушения со стороны центральной нервной системы	Тремор, миоклонические судороги, тонические судороги, гиперрефлексия, гипертонус мышц, нарушение сосательного рефлекса, высокий тон крика, гипервозбудимость, спонтанный рефлекс Моро, нарушение сна
Вегетативные нарушения	Тахипноэ с приступами апноэ, слезотечение, икание, чихание, частая зевота, ринит (отечность и заложенность слизистой оболочки носа, затруднение носового дыхания), потоотделение, лихорадка, гиперемия кожи в сочетании с бледностью
Желудочно-кишечные расстройства	Диарея, срыгивание, рвота, плохое усвоение пищи
Другие проявления	Нарушение баланса электролитов, респираторный алкалоз, полиморфные кожные высыпания, эксфолиация кожи, гипогликемия, полицитемический синдром

Наиболее часто встречающимися неврологическими проявлениями героинового неонатального абстинентного синдрома являются повышенная возбудимость и тремор. Тремор носит крупноразмашистый характер, сочетается с мышечной ригидностью конечностей при сгибании и разгибании. Среди других симптомов отмечаются: тахипноэ, высокий тон крика, диарея, рвота, повышение температуры тела, отказ от пищи. Реже встречаются такие проявления, как внезапная гиперемия кожных покровов, впоследствии сменяющаяся бледностью, слезотечение, зевание, ринит, угнетение и внезапная остановка дыхания, тонические и миоклонические судороги, гипотонус мышц, нарушение цикла сон - бодрствование. Происхождение героиновых абстинентных припадков может быть связано с истощением эндогенных опиоидных нейромедиаторов.

Большинство проявлений героинового абстинентного синдрома новорожденных преходящие и редуцируются в течение нескольких суток. Однако в 3-5 % случаев они могут явиться причиной смерти ребенка. Достаточно редким и тяжелым осложнением героиновой неонатальной абстиненции является инсульт.

Клинические проявления метадонового неонатального абстинентного синдрома достаточно сложно наблюдать в чистом виде, поскольку зависимость от него у беременных очень часто сочетается с зависимостью от других наркотических веществ, алкоголя, бар-

битуратов, бензодиазепинов.

Частота встречаемости метадонового неонатального абстинентного синдрома новорожденных колеблется от 20 до 90 %. Степень его выраженности зависит от тех же факторов, что и выраженность героинового абстинентного синдрома.

Клинические проявления метадонового неонатального абстинентного синдрома в целом схожи с героино-вым. В то же время можно указать на ряд его отличий от последнего: 1) меньшая частота судорожных состояний (10-20%); 2) более поздние сроки возникновения (на 2-6 нед жизни); 3) склонность к затяжному течению. Различные проявления метадонового неонатального абстинентного синдрома можно наблюдать в течение первых месяцев и даже лет жизни. Некоторые из них сохраняются в течение всего дошкольного возраста.

Лечение неонатального абстинентного синдрома, вызванного опиатами, включает применение снотворных и седативных средств. Терапию указанными средствами проводят в случае выраженного возбуждения новорожденного, приводящего к бессоннице и анорексии, а также в случае судорожных припадков. Наиболее часто применяется фенobarбитал в дозе 8-10 мг/кг/сут (на 4 приема) в течение 5 дней (при затяжном течении — 6 нед). Используется также ами-назин в дозе 2,2 мг/кг/сут (на 3-4 приема) [75].

Своевременно начатая седативная и антиконвульсивная терапия у 17 % новорожденных все же не может предотвратить развитие судорожного синдрома. У недоношенных он зафиксирован в 3,5 раза чаще, чем у доношенных детей [97].

В западных странах существует практика лечения неонатальных абстинентных состояний метадоном. В частности, для беременных разработана управляемая метадоновая программа в сочетании с дородовой акушерской помощью [140]. Эффективность этой программы доказана как в отношении купирования проявлений неонатального абстинентного синдрома, так и в отношении их профилактики. Ее применение приводит к сокращению случаев героинового неонатального абстинентного синдрома и связанных с наркозависимостью перинатальных заболеваний плода и новорожденного.

Барбитуратовый неонатальный абстинентный синдром. Неонатальный абстинентный синдром, связанный со злоупотреблением беременной женщиной фенobarбиталом, развивается между 2-м и 14-м днем жизни (в среднем на 7-й день жизни). Острая фаза абстинентного синдрома характеризуется повышенной возбудимостью, бессонницей, икотой. В подострую фазу, продолжающуюся 2—4 мес, отмечается повышенный аппетит, частые рвоты и срыгивания, потливость, повышенная чувствительность к слуховым раздражителям, нарушения сна, гипертонус мышц.

Абстинентный синдром у новорожденных, подвергшихся внутриутробному воздействию бензодиазепинами, проявляется гипертонусом, раздражительностью и нарушениями терморегуляции. Указанные симптомы носят затяжной обратимый характер.

Распознавание признаков кокаинового неонатального абстинентного синдрома затруднительно в связи с тем, что некоторые из симптомов, отмечаемых у детей, рожденных от кокаинзависимых женщин — гипервозбудимость и усиленный сосательный рефлекс, — являются проявлением не абстиненции, а подострой кокаиновой интоксикации.

7.1.6. Отдаленные последствия внутриутробного воздействия наркотиков

Отдаленные последствия перенесенного во внутриутробном периоде воздействия наркотиков, так же как и перинатальные осложнения, зависят от множества факторов: вида и дозы употребляемого матерью наркотического вещества, степени недоношенности ребенка при рождении, динамики физического и психического развития в первые месяцы,

наличия сопутствующих соматоневрологических заболеваний и др. Особое значение для прогноза детей, подвергшихся перинатальному воздействию наркотиков, имеют дальнейшие условия жизни и воспитания ребенка, качество его отношений с ближайшим взрослым окружением. Вместе с тем, именно микросоциальное окружение ребенка в случае его перинатальной наркозависимости подвержено многочисленному влиянию неблагоприятных факторов.

Употребление матерью наркотиков очень часто накладывает отпечаток не только на соматическое состояние ребенка, но и на условия жизни и воспитания, окружающие младенца в первые месяцы и годы жизни. Независимо от количества и вида употребляемых женщиной во время беременности наркотиков, существенно страдает качество детско-материнской привязанности. Наркозависимость матери обычно сопряжена с ее делинквентностью, смертью или тюремным заключением, а также отказом от ребенка [130]. Тяжелое жилищно-материальное положение, полное отсутствие заботы со стороны наркотизирующейся матери, включая питание и уход, приводят к крайне неблагоприятному прогнозу в отношении здоровья и жизни ее ребенка в первые месяцы. Известно, что если в отношении, сложившиеся между наркозависимой матерью и ее ребенком, не вмешивается кто-либо из родственников, то младенец очень часто умирает от тяжелого соматического заболевания и гипотрофии. Напротив, если за ребенком в первые месяцы жизни удалось организовать необходимый уход, то последствия перинатального воздействия наркотиков в дальнейшем постепенно сглаживаются. Так, например, показано, что если ребенок с рождения отдан на воспитание в детское закрытое учреждение, то прогноз для его соматического здоровья и психического развития более благоприятный, чем если бы он воспитывался в одиночку наркозависимой матерью.

Отдаленными последствиями героиновой антеи перинатальной наркозависимости чаще всего являются: 1) задержки психического развития и 2) психические расстройства.

Задержка развития носит парциальный характер. Избирательно нарушаются следующие психические функции: 1) тонкая моторика; 2) координация движений; 3) общий мышечный тонус; 4) внимание; 5) экспрессивная речь; 6) эмоциональная уравновешенность, способность контролировать свои аффективные реакции; 7) привязанность к близким взрослым, способность к эмпатии и отзывчивости. Во всех указанных сферах у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию опиатов, отмечается выраженная дефицитарность [72]. При внутриутробном полинаркоманическом воздействии выраженное отставание в развитии тонкой моторики выявляется у 81 % детей, задержка экспрессивной речи — у 62 % .

В то же время достаточно сохранными оказываются грубая моторика, когнитивные способности, игровые и манипулятивные навыки, формально-логические операции, механическая и смысловая память. Таким образом, у детей, испытавших на себе внутриутробное воздействие опиатов, отсутствует характерный для последствий алкогольного синдрома плода грубый интеллектуальный дефект. Средние показатели интеллектуального коэффициента составляют 96,3, что соответствует пограничной норме [72].

В раннем возрасте, по данным исследования с помощью Денверского скринингового теста, средний процент выполнения детьми положенных по возрасту заданий составляет для грубой моторики — 28 %, для тонкой моторики — 39 %, для навыков социальной адаптации — 47 %. Наиболее низкий средний процент отмечается при выполнении речевых заданий (10 %). Таким образом, отклонения в указанных сферах психического развития отмечаются

уже в первые годы жизни.

По данным G.S. Wilson, в возрасте полутора лет дети, рожденные от героинзависимых матерей, имели достоверно меньшие показатели по шкалам Bayley по сравнению с контрольной группой детей [167].

В неврологическом статусе у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию опиатов, часто выявляются легкие признаки очаговой симптоматики: косоглазие, нистагм, пониженный мышечный тонус, сниженная тактильная чувствительность. Антропометрически отмечаются низкие по сравнению с возрастной нормой размеры окружности головы.

Психические нарушения у детей, перенесших внутриутробное воздействие опиатов, могут возникнуть уже в раннем возрасте. Их клинические проявления обычно наблюдаются в рамках резидуально-органических нарушений. У детей отмечаются различной степени выраженности церебрастенические расстройства, синдром дефицита внимания, неврозоподобные нарушения и др. При тяжелых случаях возможно возникновение инфантильного психоорганического синдрома.

В основном психические нарушения укладываются в клиническую картину синдрома дефицита внимания (гиперкинетического синдрома). Характерна неустойчивость и отвлекаемость активного внимания, невозможность его длительного и полноценного сосредоточения. Это затрудняет процесс усвоения ребенком новых знаний и навыков, вызывает избирательную задержку развития психических функций. В поведении детей отчетливо преобладает повышенная активность, импульсивность. Отмечается недостаточность грубой и тонкой моторики, нарушение координации движений, их неуклюжесть и угловатость. Плохо развиты навыки одевания, обувания, рисования, речевая артикуляция.

В раннем возрасте в поведении детей на первый план достаточно четко выступают признаки невропатии. Клинические проявления невропатии складываются из аффективных, двигательных и соматовегетативных расстройств. Аффективные нарушения проявляются гиперактивностью и невозможностью самостоятельного успокоения. На первом году жизни у детей отмечается гиперчувствительность к любым внешним воздействиям — громким звукам, освещению, изменению положения тела. Дети излишне чувствительны к изменению устоявшегося режима кормления, сна, бодрствования. На 2-3-м году жизни может наблюдаться повышенная впечатлительность по отношению ко всему новому. Характерна лабильность аффекта. Двигательные расстройства проявляются хаотичной активностью, двигательной расторможенностью, суетливостью, неусидчивостью. Среди соматовегетативных нарушений отмечаются расстройства сна, нарушения пищевого поведения, сосудистая дистония, колебания температуры тела, склонность к потливости, экссудативно-катаральным проявлениям.

Среди возможных последствий кокаиновой перинатальной наркозависимости описаны избирательная задержка речевого развития и нарушение концентрации внимания. Данные отклонения как клинически выявляемые признаки могут наблюдаться длительно в течение всего дошкольного возраста.

7.2. Последствия внутриутробного воздействия алкоголя

В конце 60-х - начале 70-х годов появились сообщения о специфических уродствах и дефектах развития у детей, родившихся от страдающих алкоголизмом и употреблявших во время беременности алкоголь женщин.

Специфическое влияние алкоголя на внутриутробное развитие плода — алкогольную

эмбриофетопатию — впервые описал R. Jones [49]. Синдром представлял собой множественные врожденные пороки развития.

Кроме алкогольной эмбриофетопатии, был описан «алкогольный синдром плода», проявляющийся в основном малыми аномалиями, задержкой физического и психического развития.

Тяжесть алкогольных последствий у новорожденных зависит как от количества и длительности приема матерью алкоголя во время беременности, так и от чувствительности к алкоголю плода. Показано, например, что ежедневное употребление беременной 150 мл чистого спирта у трети детей приводит к алкогольному синдрому плода, у трети — малым аномалиям развития, а треть детей все же рождаются здоровыми [151].

Существует мнение, что алкоголь является наиболее часто распознаваемой и предотвращаемой причиной умственного недоразвития. Частота встречаемости алкогольного синдрома плода, по данным разных авторов, составляет от 0,3 до 1,7 на 1000 новорожденных [49].

7.2.1. Влияние алкоголя на течение беременности

Употребление будущей матерью алкоголя, так же как и употребление наркотиков, существенно осложняет течение беременности. Риск выкидыша, например, повышается в 2—4 раза. Наиболее часто выкидыши происходят в период абстинентного состояния.

Алкоголь способен приводить к хронической плацентарной недостаточности. В условиях хронической алкогольной интоксикации происходит снижение массы плаценты и плодно-плацентарного коэффициента, возникают белые инфаркты плаценты и межворсинчатые тромбы. Результатом деструктивно-пролиферативных изменений в плаценте является нарушение основных ее функций, часто проявляющееся хронической фето-плацентарной недостаточностью, гипоксией и гипотрофией плода (фетопатический эффект).

7.2.2. Влияние алкоголя на плод

Хотя последствия внутриутробного воздействия алкоголя хорошо известны, механизм их возникновения до настоящего времени изучен не до конца.

Принимаемый будущей матерью алкоголь, независимо от сроков беременности, легко проникает через плацентарный барьер. При этом его концентрация в крови плода соответствует таковой в крови матери. В связи с незрелостью ферментных систем, метаболизирующих этанол в печени (алкогольдегидрогеназы), последний способен длительно задерживаться в крови и тканях плода в неизмененном виде. Кроме того, алкоголь может накапливаться в амниотической жидкости и длительно там оставаться, создавая, тем самым, предпосылки для длительного прямого воздействия на ткани и органы плода.

Известно, что этанол обладает эмбриофетотоксическим, тератогенным, мутагенным действиями. Тератогенный эффект во многом зависит от стадии внутриутробного развития. Употребление алкоголя в первые 4 нед беременности в период бластогенеза обуславливает высокий риск гибели зародыша в связи с цитотоксическим и мутагенным эффектами. Тератогенный эффект алкоголя на ранних сроках (I триместр) приводит к грубым порокам развития, особое место среди которых занимают аномалии мозга. Показано, что воздействие этанола в первые 3-7 нед беременности приводит к задержке клеточной миграции нейронов из зародышевого слоя, нарушению пролиферации нейронов, а следовательно, к структурной дезорганизации ЦНС. На поздних сроках беременности воздействие алкоголя также может обусловить возникновение пороков развития внутренних органов и специфических дизморфий (малых аномалий развития).

Патогенез эмбриофетопатии может быть объяснен двумя основными механизмами.

Первый связывают с тератогенным воздействием алкоголя на нервные клетки эмбриона и плода. Показано, например, что в базальных ядрах мозга у детей с алкогольным синдромом плода наблюдается уменьшение количества нервных клеток и их повреждение. Под воздействием этанола происходит атрофия коммуникационных проводящих путей, связывающих полушария головного мозга (мозолистое тело). Алкоголь существенно влияет также на миграцию нервных клеток в процессе закладки головного мозга, в результате страдает их функция. Вторым возможным механизмом повреждающего действия алкоголя связывают с аутоиммунными процессами.

Наряду с тератогенным действием этанол обладает и фетотоксическим эффектом, основными клиническими проявлениями которого являются внутриутробная задержка роста и гипотрофия, функциональная незрелость и, как следствие, нарушение процессов адаптации новорожденных, высокая заболеваемость и смертность в раннем неонатальном периоде.

Перинатальная смертность новорожденных при систематическом употреблении матерью алкогольных напитков во время беременности достигает 17-21 %. Ее причинами в основном являются: гипоксия и асфиксия плода, тяжелая пренатальная гипотрофия, функциональная незрелость органов и систем, несовместимые с жизнью врожденные пороки развития.

7.2.3. Клиническая картина алкогольного синдрома плода

Алкогольный синдром плода характеризуется триадой: задержка роста, умственная отсталость и специфические черты лица (краниофациальные аномалии).

Краниофациальные аномалии включают в себя микроцефалию и так называемый «вогнутый профиль» — выпуклый лоб с выступающими буграми, короткий нос, широкая, плоская, низко расположенная переносица («седловидный» нос), гипоплазия верхней челюсти. Отмечается удлинение и асимметрия лица, низкий лоб, низко посаженные уши, уплощенный затылок. Характерные изменения отмечаются со стороны глаз: блефарофимоз (укорочение глазных щелей), эпикантус, птоз, микроцефалия, косоглазие. Среди других малых аномалий развития отмечают: неотчетливый губной желобок, большой рот, тонкая верхняя губа, выпуклая верхняя губа и узкая красная кайма губ («рот рыбы»), неправильный рост зубов, расщелина губы и неба, широкие скулы.

Частота микроцефалии при алкогольном синдроме плода колеблется, по сведениям разных авторов, от 12 до 92 % [49]. Однако как верхняя, так и нижняя границы частоты встречаемости данной аномалии существенно превышают норму. В общей популяции среди детей, не подвергшихся внутриутробному воздействию этанола, микроцефальный синдром отмечается лишь в 2 % случаях.

Среди пороков развития внутренних органов в основном встречаются аномалии сердца: дефект меж-желудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, незаращение артериального протока, аплазия или гипоплазия легочной артерии. Характерны также изменения опорно-двигательного аппарата — врожденный вывих ≤ 5 едр, ограничение подвижности суставов, срастание тел шейных позвонков, воронкообразная грудная клетка, укорочение плюсневых и пястных костей. Часто обнаруживают характерные кожные элементы — пигментные пятна, гемангиомы, депигментацию.

Достаточно часто (у каждого второго ребенка) обнаруживают аномалии половой системы в виде гипоплазии пениса, крипторхизма, гиперплазии клитора, двойного влагалища, псевдогермафродитизма, гипоплазии малых половых губ. Нередко выявляют структурные дефекты мочевыводящей системы: гидронефроз, отсутствие или гипоплазию правой почки, кисты почечной чашечки, удвоение уретры и уrogenитального синуса, дивертикулы

мочевого пузыря.

Нарушения физического развития проявляются во внутриутробной задержке роста плода, стойко сохраняющейся и после рождения. Характерно также отставание прибавки массы тела, но менее выраженное, чем отставание в росте.

7.2.4. Алкогольный неонатальный абстинентный синдром

Алкогольный абстинентный синдром новорожденных характеризуется гипервозбудимостью, гиперактивностью, нарушением сна, тремором в течение первых 3 сут жизни. В течение 6-12-24 ч к имеющимся симптомам присоединяются судороги и дыхательная недостаточность. Впоследствии состояние сменяется заторможенностью, продолжающейся в течение 48 ч. Лечение алкогольного неонатального абстинентного синдрома состоит в использовании седативных, снотворных и противосудорожных препаратов в разных комбинациях. Чаще всего используют фенobarбитал и аминазин по той же схеме и в тех же дозировках, как и в случае героинового абстинентного синдрома новорожденных.

7.2.5. Отдаленные последствия внутриутробного воздействия алкоголя

При алкогольном синдроме плода у детей во всех случаях отмечается умственное недоразвитие. Его степень чаще всего соответствует уровню дебильности. Отставание развития интеллекта носит равномерный характер. Недоразвитие касается в основном процессов памяти, внимания, мыслительных операций, в том числе абстрактных, познавательных и игровых навыков, навыков общения.

В раннем возрасте, по данным оценки психического развития детей с помощью Денверского скринингового теста, характерно преимущественное отставание речи и тонкой моторики. В среднем дети справляются с выполнением положенных им по возрасту заданий раздела «тонкая моторика» всего на 18 %. Речевые задания выполняют в среднем лишь на 6 %. Грубая моторика в среднем развита на 33 %, а навыки социальной адаптации — на 39 %.

Интеллектуальный коэффициент по методике Векслера обычно снижен по сравнению со здоровыми детьми на 35 % и составляет 65-70 баллов. Плохие адаптивные и социальные навыки приводят к трудностям обучения в школе и проблемам с будущим трудоустройством. Существует мнение, что интеллектуальный дефект, вызванный внутриутробным воздействием на плод алкоголя, с годами усиливается.

Другими характерными проявлениями внутриутробного влияния алкоголя являются поведенческие нарушения. Такие симптомы, как дефицит внимания и гиперактивность, отмечаются у 75-80 % детей. Особое место занимает аффективная неустойчивость в сочетании с тугоподвижностью, что поведенчески выражается в повышенной агрессивности и упрямстве. Специфические поведенческие нарушения в основном укладываются в картину гиперкинетического синдрома в структуре общего интеллектуального недоразвития. У ряда больных с возрастом отмечено формирование различных форм судорожных припадков, что существенно ухудшает прогноз, осложняя интеллектуальный дефект грубыми общеорганическими или специфическими эпилептическими изменениями личности.

У детей с алкогольным синдромом плода часто отмечаются неспецифические неврологические расстройства в виде пирамидных нарушений, нарушений координации движений, мышечная гипотония.

Аномалии развития, возникшие вследствие внутриутробного влияния алкоголя, могут изменяться по мере взросления ребенка. В связи с ростом лицевых костей с годами сглаживаются специфические краниофациальные аномалии. Наиболее устойчиво сохраняются такие признаки алкогольного синдрома плода, как микроцефалия и низкий

рост.

Глава 8. РАЗВИТИЕ РЕЧИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ЕГО НАРУШЕНИЯ

Вопросы речевого развития и его нарушений в настоящее время являются предметом исследования многих научных дисциплин: физиологии, психологии, лингвистики, педагогики и др.

Основой современных представлений о процессах зарождения и развития речи у ребенка является теория N. Chomsky [122]. Согласно ей, речь представляет собой врожденную человеческую способность и развивается на основе биологически детерминированных закономерностей (теория «внутренних факторов»). Развитие речи опосредовано влиянием «врожденной универсальной грамматики», зависящей от созревания определенных мозговых структур.

8.1. Предречевое развитие

Большинство исследователей в качестве особой подготовительной стадии развития речи рассматривают предречевой период жизни ребенка.

8.1.1. Ранние младенческие вокализации. Крик-плач

Основой начального предречевого общения являются ранние младенческие вокализации (младенческий крик-плач). Указания на отношение младенческих криков к предречевому этапу развития речи содержатся уже в ранних работах, посвященных этому вопросу [86]. Современные исследования Р. В. Тонковой-Ям-польской интонационной структуры крика-плача методом электроакустического анализа позволили говорить о единстве физиологических механизмов крика-плача и первичных речевых сигналов [94].

Отношение младенческого крика-плача к речи определяется двумя основными аспектами: 1) семантическим — различные по интонации крики являются знаками, воспринимаемыми окружающими как сигналы дискомфортных состояний; значение интонации связано с пониманием матерью конкретных причин крика-плача своего ребенка; 2) фонематическим — крик-плач содержит компоненты, квалифицируемые как «начальные» фонемы.

В первые месяцы жизни младенческий крик-плач, как довербальное средство общения, проходит определенные этапы в своем развитии. Вначале, в период новорожденности, крик-плач — лишь отрицательная эмоциональная реакция, свидетельствующая о физиологических потребностях ребенка. Однако, начиная со 2-3-го месяца жизни, по характеру крика ребенка можно определить причину его беспокойства (голод, боль, мокрые пеленки и т. д.). В возрасте 12-13 нед можно говорить о превращении младенческого крика-плача в просьбу. Крик-плач младенца может возникнуть также как реакция гнева и протеста в ответ на прекращение общения с ребенком или ограничение свободы движений. С 10-12 нед жизни появляется хныканье, несущее значение реакции недовольства. Хныканье, в отличие от крика, прерывисто, меньше сопровождается двигательным возбуждением.

Коммуникативные свойства крика-плача обеспечивает его интонационная составляющая, являющаяся первым наиболее устойчивым параметром вокализаций, механизм которой закреплен в особой интонационной зоне коры больших полушарий. Первичный интонационный рисунок имеется уже в первом крике новорожденного, трансформирующийся впоследствии в интонацию недовольства. В течение первого года жизни происходит усвоение других языковых интонаций. Процесс этот носит закономерный характер. Последовательность и сроки появления различных интонаций в достаточной мере сходны у разных детей [94].

Дифференцированные по форме типы крика-плача возникают уже на первом месяце жизни.

Форма крика приобретает характерные отличительные признаки в зависимости от причины, его вызвавшей. Описаны типологические особенности сигналов со значением «хочу есть», «хочу спать», «я — мокрый» [100].

Коммуникативная функция дифференцированных вокализаций связана с появлением в его структуре активной интонационной составляющей. С помощью психосемантического анализа показано, что реактивные интонационные характеристики, указывающие на подчиненно-приспособительный тип адаптации, сменяются в конце 1-го месяца активными, отражающими стремление ребенка к социальному контакту. Критерию реактивности соответствует крик-плач терпеливый, доверчивый, успокаивающийся, уступчивый, обиженный, протестующий; критерию активности — подзывающий, просящий, капризный, упрекающий, требующий, заставляющий [60].

Дифференциация крика-плача возможна только при наличии между матерью и ребенком тесной эмоциональной привязанности. Крик-плач — феномен не только младенческого поведения, а неизбежное выражение динамики развития системы отношений мать—дитя [125]. Результатом такого взаимодействия является правильное понимание матерью подаваемых ребенком знаков и адекватное реагирование на них. Это приводит к эффективному успокоению младенца. Способность матерей распознавать крик-плач детей в первые месяцы жизни прямо коррелирует с показателями их дальнейшего психического развития [142]. Чем чаще мать отзывается на крик-плач, тем меньше ребенок плачет в дальнейшем.

Указанные положения опираются на концепцию материнской восприимчивости к младенческим сигналам М. D. Ainsworth, согласно которой крик, вызывая у матери состояние тревожного аффекта, является психологическим механизмом мотивации ухода за ребенком [100]. Вероятно, подобная чувствительность женского организма к детским вокализациям обусловлена биологически. Крик-плач как фрустрационный стимул оказывает значительно более сильное воздействие на женщин, вызывая у них выраженные эмоциональные переживания, чем на мужчин [161]. Такой фактор, как послеродовой материнский стресс, независимо от условий жизни и воспитания ребенка, существенно влияет на характер и продолжительность младенческого плача [146]. Продолжительному крику-плачу способствует также материнская депрессия [111]. По мере приобретения матерью опыта по уходу за ребенком, понимание причин крика-плача в целом становится более полным, реакция на него более адекватной, что приводит, в конечном счете, к более эффективному успокоению младенца. Повторнородящие матери выявляют по этим показателям более высокие результаты [145].

8.1.2. Гуление

Звуки гуления появляются со 2-го месяца жизни, постепенно выделяясь из структуры крика-плача, компонентом которого они изначально являются [141].

Первоначально в крике преобладают компоненты, воспринимаемые при фонетической интерпретации как гласные «а» и «э». Они доминируют среди всех речевых сигналов первого года жизни. По данным Г. А. Куликова, П. Г. Андреевой, М. И. Павликовой [58], звуки, напоминающие согласные — «х» и «к» и их сочетание «кх», или короткие сигналы типа «эхе», «кхе», «ах» включаются в крик-плач и сопровождают некоторые врожденные реакции ребенка — хныканье, покашливание. С 2-3 мес разнообразие гласноподобных звуков и сочетание согласноподобных с гласноподобными увеличивается.

Возникновение первых звуков тесно связано с мимико-соматическим комплексом, в

котором артикуляционная активность сочетается с эмоциональным (улыбка) и статокинетическим (поза, движения) компонентами. В состав «комплекса оживления» входят: замирание (сосредоточение), улыбка, вокализации, двигательное возбуждение. Они обеспечивают выделение ребенком взрослого из окружающей среды (замирание), эмоциональное (улыбка) и голосовое (гуление) взаимодействие, активное привлечение внимания взрослого к общению (двигательное возбуждение). «Комплекс оживления» на предмет проявляется в виде двух компонентов (сосредоточение и движения). Присутствие взрослого приводит к появлению улыбок и вокализаций, что позволяет рассматривать «комплекс оживления» не только как реакцию на внешний стимул, но и как акт общения. Вначале артикуляционная составляющая мимико-соматического комплекса самая слабая. Издаваемые звуки короткие и тихие, напоминающие протяжное «э». Передать их в точности невозможно, так как в языке взрослых нет аналогов произносимым ребенком звуков. В 2-4 мес появляются короткие — гуканье, затем певучие и протяжные звуки — гуление (4-6 мес). Вследствие активирующего влияния взрослого компоненты «комплекса оживления» все более обособляются и с 4 мес каждый из них проявляется по отдельности.

В период гуления первыми появляются наиболее легкие для произношения гласные звуки (а, о, у, э). Развитие органов артикуляции приводит к спонтанному возникновению некоторых согласных. Вначале развиваются губные (п, б, м), обусловленные физиологическим актом сосания, и заднеязычные (г, к, х), связанные с актом глотания и постоянно оттянутым, приподнятым корнем языка (из-за лежащего положения ребенка) [4]. Мягкие согласные появляются раньше твердых. В процессе фонемообразования происходит усвоение различных признаков звуков, а не слуховых образов слов. Окончательно процесс фонемообразования завершается к концу 1-го года жизни.

Звуки гуления, в отличие от крика-плача, всегда возникают на фоне эмоционально положительного состояния, комфорта и не связаны с органическими потребностями. Гуление — это своеобразная «игра» органов артикуляционного аппарата, необходимая для его развития. До 3 мес голосовая активность не зависит от работы слухового анализатора. После 3 мес произношение осуществляется под контролем слуха. Ребенок проявляет интерес к собственным вокализациям, прислушиваясь и повторяя их (феномен аутоэхолалии).

Способность к звукопроизношению у большинства детей во многом определяется способностью прислушиваться к оттенкам и интонациям голоса взрослых, следить за движением губ и выражением лица говорящего. Другая часть детей вокализует только в одиночестве, слушая самих себя. Третьи практически не проявляют интереса к речи, предпочитая зрительные впечатления [4].

8.1.3. Лепет

Появляется в возрасте 5-6 мес и представляет собой сочетание согласных с гласными. Формируются первые слоги, наиболее употребимые из которых — «ма-ма-ма», «ба-ба-ба» — стали обозначать ближайших ребенку родственников. Слоговый уровень языкового развития служит основой для дальнейшего усвоения фонетики. С его появлением можно говорить о начале синтагматической организации речи — соединении отдельных артикуляций в линейную последовательность с модуляцией по тембру и высоте.

Вначале лепет носит самопроизвольный (аутоэхолалический) характер. Ребенок вслушивается в произносимые им звуки и пытается их воспроизвести. Появление эхолалии (имитационного звукоподражания) приводит к быстрому росту употребляемых слогов и звуков. Процесс носит активный характер: младенец смотрит на взрослого, следит за

движением губ и повторяет услышанное. Важную роль при этом играет способность управлять артикуляционным аппаратом на основе зрительного и слухового восприятия. К 8-му месяцу звуковой состав усложняется звуко сочетаниями «те-те-те», «та-та-та», «тла», «дла» и др. Чаще употребляется гласный «и». Возникает «о» как самостоятельный звук [4]. Лепет начинает напоминать песню. Появляется способность к соединению разных слогов (стадия словесного лепета).

Исследования звукового состава лепета позволили установить ряд его закономерностей: 1) наличие в составе лепета большей части звуков, несвойственных русскому языку; 2) разнообразие и тонкая дифференцировка; 3) замещение труднопроизносимых звуков близкими по артикуляции; 4) зависимость овладения произношением от преимущественного развития голосового аппарата; 5) зависимость последовательности появления звуков от сложности их произношения.

В последней четверти первого года жизни наиболее ярко проявляется индивидуальность в освоении языка. У одних детей преобладает лепет с небольшим набором звуков без слов, у других — при отсутствии лепета к 9 мес появляются первые 2-3 слова, их количество нарастает до 20 к 11 мес. Третьи демонстрируют способность к звукоподражанию при отсутствии лепета и первых слов [4]. На 9-м месяце лепет приобретает точный и дифференцированный характер. Возможно произношение сочетаний «ма-ма», «ба-ба» вне связи с определенными людьми (двуслоговый лепет). К концу 1-го года в наборе голосовых проявлений ребенка отмечаются лепет, звукоподражания, первые слова.

8.1.4. Развитие понимания слов

Развитие понимания слов начинается задолго до их произношения. Со 2-го полугодия развивается способность связывать слова с действиями и предметами. Возникает новый — ситуативно-деловой тип общения — на основе понимания ребенком слов. О развитии понимания слов свидетельствуют следующие феномены: ребенок «ищет» глазами называемый взрослым предмет, использует при назывании указательный жест, понимает значение некоторых просьб.

Для установления связи между словом и предметом необходимо дифференцированное восприятие образа предмета, целостное восприятие звукового образа слова и умение выполнять требование взрослого по употреблению слова в определенной ситуации. Усвоение значения слова как обобщенного понятия совершается путем включения предмета в совместную деятельность ребенка и взрослого. Развитие понимания слов приводит к возрастанию роли слова как регулятора поведения. Если в 1-й половине 2-го года жизни обращение к ребенку нуждается в подкреплении преимущественно жестом, действием, показом предмета, то уже в полтора года без соответствующих слов трудно заставить ребенка выполнить ту или иную просьбу.

В возрасте 1 года наиболее выражен разрыв между понимаемым и употребляемым словарем. В динамике это различие характеризуется соотношением, показанным в табл.7.

Возможность понимания речи тесно связана с развитием функции обобщения.

Таблица 7. Различие между пониманием и произношением слов у детей разного возраста [26]

Количество слов	
Возраст, мес	Понимание
	Произношение
	е

11	27	3
12	50	10
13	92	25
14	143	40

8.1.5. Развитие обобщения слов

В первые месяцы жизни слово для ребенка является компонентом комплексного раздражителя, в который входят также? положение тела, обстановка, вид говорящего, голос, интонация. Постепенно слово замещает весь комплекс, становясь к концу 1-го года самостоятельным раздражителем, замещающим весь набор ощущений и ситуации, с ним связанные [55]. Ребенок самостоятельно соотносит звучание с образом предмета. На следующих этапах происходит обобщение однородных (конец 2-го года) и разнородных предметов (3-3,5 года).

В возрасте 1 года ребенок обобщает слова по следующим признакам: функциональному назначению, местонахождению, внешнему сходству, звукоподражанию. В период от 1 до 2,5 лет дети проходят 3 стадии развития обобщений: 1) группирование предмета по наиболее ярким, выделяющимся признакам, чаще цветовым; 2) объединение зрительных и тактильных образов в единое представление, неразличение постоянных и изменчивых признаков; 3) вычленение наиболее существенных признаков в ряду сопоставляемых предметов.

8.2. Ражее речевое развитие

8.2.1. Первые слова

Первые слова возникают, как правило, из лепета, звукоподражаний, обозначают легкие для произношения имена людей, названия предметов и действий. Это двусложные слова с открытыми повторяющимися слогами ("ма-ма», «ба-ба», «та-та»). Они появляются обычно в возрасте 1 года и носят обобщенный характер: одно и то же звуко сочетание может быть чувством, предметом, желанием (например, «мама!» может быть обращением, указанием, жалобой, радостью, просьбой взять на руки). Речь ребенка ситуативна, понять ее можно только исходя из конкретной ситуации. Употребление слов часто сопровождается мимикой и жестами.

Время появления первых слов подвержено значительным индивидуальным колебаниям, оно зависит от соматоневрологического состояния, типа нервной системы, особенностей воспитания.

Для первых детских слов характерно фонематическое и структурное несовершенство. Наблюдаются пропуски звуков, уподобление их друг другу, замена одного звука другим, слияние двух слов в одно, смягчение согласных, облегченное произношение удвоенных слогов, употребление обрывков слов (корни слов, ударные слоги, начальные слоги). Нормативов правильного произношения в этом возрасте нет. По мере роста словаря трудности артикуляции могут быть более заметными (до появления контроля за произношением). Различают 2 способа усвоения произношения слов — слоговое и звуковое. При первом происходит безошибочное запоминание отдельно взятого слога. Во втором случае происходит замена отдельных звуков при сохранении акустического образа слова в целом. В целом каждый звук осваивается ребенком дважды: во время гуления и лепета, когда речедвигательный и слуховой анализатор разобщены, и во время сознательного произношения с помощью слухового контроля.

Первые слова ребенка — законченные в смысловом отношении высказывания. Каждое

слово является определенным сообщением или суждением. В синтаксическом отношении это соответствует понятию односложного предложения (слово-предложение).

Употребляемые в них слова не имеют грамматической формы, так как в зависимости от ситуации выполняют различную языковую функцию. Чаще они носят повелительный и номинативный характер, а также выражают отношение к предметам.

8.2.2. Развитие словаря

Между появлением первого и второго слова имеется значительный временной промежуток. У большинства детей он составляет 1 мес. Период с момента появления первого слова до начала непрерывного нарастания словаря составляет у разных детей от 2 до 5 мес.

До полутора лет темпы нарастания активного словаря незначительные. В полтора года ребенок использует в речи 30-40 слов. Далее наблюдается «скачок» в росте словаря, и в возрасте 2 лет их количество составляет уже 200-300.

С 2 до 3 лет словарь ребенка увеличивается неравномерно. Наряду со «скачками» в его развитии отмечаются периоды застоя и регресса. Замедление развития слов особенно выражено с 1 года 8 мес до 1 года 10 мес, что связано с накоплением новых «акустических впечатлений» и развитием новых видов произвольной деятельности. Остановка в приросте словаря объясняется также трудностями освоения звукового произношения слов. Наряду с овладением новыми словами ребенок в этот период совершенствует произношение слоговых звуко сочетаний (лепета). Это способствует «звуковому обобщению» слов.

Для оценки развития активной речи наиболее значимым является оценка уровня развития инициативных речевых высказываний ребенка (активных обращений ребенка к взрослым). У детей первых лет жизни существует два принципиально отличных друг от друга словаря — инициативный и имитируемый. Имитируемый словарь связан с пассивным подражанием слышимой речи взрослых и осваивается ребенком относительно легко. К 5-6 годам ребенок «пассивно» владеет почти всем лексиконом взрослого человека, но в речи может использовать только 30 % потенциально произносимого запаса [26]. Инициативный словарь включает набор слов, активно используемых ребенком в общении. Процесс его развития более сложен и продолжителен, чем в случае имитируемого словаря.

В общении со взрослым ребенок 1-й половины 2-го года жизни чаще слов использует лепетные звуко сочетания, сопровождаемые жестами. Помимо употребления осмысленных слов, у детей наблюдается особая форма речевой активности, называемая «игра в слова» («бормотание», «детский жаргон»). Произносимые при этом звуко сочетания неразборчивы на слух, но в целом производят впечатление стройной речи. Взрослые считают, что если бы ребенок произносил слова медленнее, то их можно было бы разобрать. «Игра в слова» представляет собой разновидность аутоэхолалии второго года жизни, важную для совершенствования механизмов словообразования.

Особого внимания заслуживает феномен «детского словотворчества» (детских неологизмов), встречаемый у 88 % детей. Он проявляется в расчлененном воспроизведении слов. Каждая морфема, входящая в состав детского неологизма, присутствует в целых словах, но в отдельности не встречается. Детские неологизмы возникают из-за неспособности ребенка сочетать при произношении в слове одновременно 2-3 согласных звука, а также вследствие неотчетливости произношения звуков, замены одних звуков другими, замены слова звуко сочетанием.

Порядок овладения частями речи также обусловлен сложностью их произношения: вначале существительные, затем глаголы, употребляемые вместе с существительными или

несколько позже них, и, наконец, междометия, прилагательные, союзы. Раньше других глаголов появляются глаголы в повелительном наклонении и неопределенной форме. Грамматический строй речи осваивается, как и словарь, преимущественно путем подражания. В первую очередь усваиваются категории с конкретным значением.

С 18—19 мес отмечается новый скачок в росте словаря. Появляется двусловное предложение, представляющее собой сочетание существительного в функции наименования и глагола в повелительном наклонении. Спустя 2-4 мес ребенок начинает произносить предложения из 3 слов.

8.2.3. Особенности развития речи у воспитанников детских закрытых учреждений

Воспитанники детских закрытых учреждений по данным многих авторов значительно отстают в развитии речи. Особенно снижен показатель овладения активным словарем. Речь детей бедна по содержанию, примитивнее по характеру грамматических конструкций, отличается неточностью звукопроизношения. Причинами отставания развития речи являются [3]:

1) раннее (после 8 мес) прекращение лепета и звукоподражаний и, как следствие, несовершенство артикуляции; 2) недостаток развития сложных слуховых дифференцировок, чему мешают условия воспитания в домах ребенка — беспокойная обстановка, шум, сенсорная депривация, ведущая к падению нормы слышимой речи [163]; 3) дефицит речевого общения; 4) недостаток развития понимания речи; 5) особенность речевого общения воспитателей с детьми. Речь воспитателей не является индивидуально адресованной конкретному ребенку. Вследствие этого она не мобилизует слух детей. Кроме того, речь воспитателей детских учреждений, как правило, является директивным призывом к действию, а не стимулом для ответа.

8.3. Нарушения предречевого и раннего речевого развития в условиях полной материнской депривации

8.3.1. Нарушения предречевого развития

Нарушения предречевого развития в условиях полной материнской депривации проявляются синдромом депривационной предречевой ретардации, в структуру которого входят: 1) недифференцированный крик-плач; 2) ретардантные формы модулированных вокализаций (гуканье, гуление, лепет, двуслоговый лепет, псевдослова), 3) снижение или отсутствие звукоимитации [27]. После 6 мес предречевые нарушения, как правило, имеют тенденцию к ухудшению.

Дифференцированный крик-плач характеризуется наличием интонационной выразительности, специфического сигнального значения, пауз и модуляций. Для недифференцированного крика-плача характерно отсутствие указанных признаков и генерализованный характер голосовой реакции (высокая интенсивность, сопутствующее двигательное возбуждение, вегетативные реакции в виде гиперемии кожи). У здоровых детей, воспитывающихся в полных семьях, начиная со 2-го месяца наблюдается как минимум 4 формы крика-плача, отличающиеся друг от друга по интонации, сигнальному значению, проявлению: алиментарный (связанный с потребностью в пище), сомнолентный (связанный со сном), анксиозный (обусловлен дискомфортом) и эмоционально положительный (связан с потребностью в общении). Для каждой формы крика-плача характерна особая интонация (табл.8).

Различают 2 варианта синдрома депривационной предречевой ретардации — собственно

депривационный, отражающий легкую и среднетяжелую степень расстройств, и анаклитический (тяжелый). Последний встречается после 6 мес. Собственно депривационный вариант синдрома включает первые два компонента синдрома — недифференцированный крик-плач и ретардантные формы модулированных вокализаций. Ретардантные формы модулированных вокализаций характеризуются: соответствием более раннему возрасту, коротким периодом существования, однократностью появления с последующим угасанием или регрессом до более ранних форм, ограниченностью звукопроизношения до 1-2 звуков. Специфическими отличиями гуления являются отрывистость, отсутствие протяжности и разнообразия звуков. Лепет характеризуется ограниченностью слогового звукопроизношения, наличием двуслоговых лепетных форм и псевдослов. Приводим примеры.

Таблица 8. Дифференцированные формы младенческого крика-плача

Характеристики	Алиментарный	Сомнолентный	Анксиозный	Эмоционально-положительный
1. Интонация	Требовательная	Хнычащая, капризная, обиженная	Жалобная	Радостно-подзывающая
2. Форма проявления	Множественное вскрикивание	«Покрикивание»	«Протяжный» плач	Взвизгивание
3. Характер	Спокойный, умеренной интенсивности	Низкой интенсивности	Настойчивый, низкой интенсивности	Умеренноинтенсивный, высокий
4. Значение	Радость перед приемом пищи и желание его приблизить	«Хочу спать»	Подзывание взрослых в связи с мокрыми пеленками	Восторг перед предстоящим общением со взрослым

Наблюдение 1. Ребенок Л. В. 4 мес 17 дней. Из анамнеза: данных о наследственной отягощенности не получено. Подробных сведений о течении беременности нет. Известно, что мать (25 лет) на учете в женской консультации не состояла, сразу после рождения от дочки отказалась. Роды срочные, без патологии, срок гестации точно не установлен. Масса при рождении 2450 г, длина тела 48 см. Девочка закричала сразу. Количество баллов по шкале Ангар 7/7. В дом ребенка поступила на 8-е сутки жизни. В первые месяцы развивалась в целом по возрасту. Заболеваний не переносила. Трижды осматривалась невропатологом, который в 1 и 2,5 мес находил легкие проявления перина-тального поражения мозга (пирамидную недостаточность). Получала по назначению невропатолога курс ноотропов и массажа. При осмотре в 3,5 мес отмечено выраженное улучшение.

Психический статус: несколько пассивно встречает незнакомца, к контакту не стремится. Двигательные реакции: достаточно продолжительно удерживает голову, предпринимает удачные попытки подъема на локтях, уверенно направляет ладонью игрушки. Однако захват и удержание игрушки несовершенны, движения неточны и размашисты. Проба с опорой на ноги отрицательная. Попытки переворота со спины на бок неудачные. Сенсорные реакции: длительно фиксирует глазами игрушку, прослеживая ее движение при перемещении по горизонтали, вертикали, кругу, при удалении. Отмечается запаздывание зрительной фиксации в пробах «невидимая траектория» и «предвосхищение». С небольшим запаздыванием локализует звук в пространстве, прислушивается к звуку кратковременно. Эмоциональные реакции: возникает непродолжительная улыбка на тактильное воздействие

и речь взрослого. В «комплексе оживления» четко выражены только 2 компонента — улыбка и движения. Предметные действия: интерес к подвешенным игрушкам незначительный. Удержание вложенной игрушки непродолжительное. Второй игрушкой не интересуется. Взаимодействие со взрослыми: сохраняет достаточный зрительный контакт, глядя взрослому в глаза. Улыбки при этом кратковременны. Проявляет непродолжительный интерес к речи и голосу взрослого. В эксперименте «формальное общение» наблюдается слабая инициация и отсутствие нормативных протестных реакций. Согласно профилю психического развития по 6 шкалам теста О. В. Баженовой, все показатели соответствуют нарушению психического развития легкой степени.

Предречевое развитие: девочка вокализует один недифференцированный крик-плач, который возникает как реакция недовольства. Он достаточно громкий, раздражительный, неопределенный по интонации. Ребенок краснеет, напрягается, интенсивно двигает руками и ногами. Достаточно затруднено успокаивание ребенка. Наиболее частая реакция на крик-плач со стороны персонала — подача рожка с водой (при отсутствии — соски). Если недовольство приурочено ко времени приема пищи — кормление с последующим укладыванием спать. Спонтанная голосовая активность проявляется в виде отдельных редких вокализаций. При разговоре с младенцем ответных звуков вызвать не удается. Анамнестически приблизительно в возрасте 4 мес отмечалось возникновение гуканья в виде отрывистых «г» или «гх». Несколько позже отмечено однократное проявление протяжного гуления в виде «гу-у-а». В настоящее время ребенок вокализует только отрывистые звуки. Заключение: на фоне легкой степени нарушений психического развития у ребенка Л. В. отмечаются признаки предречевой ретардации в виде позднего возникновения модулированных вокализаций (4 мес), резкой ограниченности произносимого звукового состава (гласные «у» и «а»; согласные «г» и «х»), однократности появления протяжного гуления, преобладания в настоящее время более ранних форм (гуканья). Отмечается также отсутствие специфической сигнальной функции крика-плача (недифференцированный крик).

Анаклитический вариант синдрома включает все 3 компонента в сочетании с проявлениями анаклитической депрессии. Снижение (или отсутствие) звукоимитации проявляется в ситуации подражания произносимым звукам взрослых (гипои анэхололия) и самоподражания (гипои анаутоэхололия). Из проявлений анаклитической депрессии отмечаются: нежелание инициировать контакт со взрослым, отсутствие эмоциональных проявлений, в том числе положительных эмоций, невозможность вызвать зрительную фиксацию на лице взрослого, взгляд глаза в глаза, отсутствие слухового сосредоточения, общее снижение мышечного тонуса, двигательная заторможенность, регресс некоторых поведенческих навыков (захват и удержание игрушек, множественные манипуляции с предметами, рассматривание нескольких объектов и др.), наличие патологических привычных действий (яктация, сосание пальцев).

Наблюдение 2. Ребенок К.И., 6 мес 21 день. Из анамнеза: сведений о матери девочки не имеется. В дом ребенка поступила в возрасте 1 мес из ДГБ, куда была переведена в связи с отказом. Родилась в срок с массой 2100 г, длиной тела 47 см. Роды протекали без выраженной патологии. После рождения закричала сразу. Количество баллов по шкале Апгар 7/8. В первые месяцы жизни отмечались признаки перинатальной патологии легкой степени. В возрасте 3,5 мес было отмечено улучшение состояния. В течение первого полугодия в целом развивалась по возрасту. Но уже с 5,5 мес было замечено некоторое отставание в развитии.

Психический статус: отмечается полное отсутствие какой-либо реакции на присутствие взрослого, двигательная заторможенность, амимия, общее снижение мышечного тонуса, отсутствие интереса к лицу взрослого и игрушке. Двигательные реакции: держит, но быстро опускает голову, при взятии на руки наклоняет голову в сторону, противоположную взрослому. За игрушкой не тянется. Не опирается на ноги и руки. Самостоятельно не переворачивается на живот и не садится. Сенсорные реакции: кратковременно фиксирует объект, мгновенно переводя взгляд куда-то в сторону. Слухового сосредоточения на мелодичный звук и голос взрослого не наблюдается. Предметные действия: не проявляет никакого интереса к игрушке. Эмоциональное развитие: отсутствие каких-либо положительных эмоций. Взаимодействие со взрослыми: не обращает внимание на взрослых. Все показатели профиля психического развития теста О. В. Баженовой по 6 шкалам соответствуют тяжелой степени нарушения развития.

Предречевое развитие: крик-плач возникает только лишь как болевая реакция (при инъекциях и других различных манипуляциях). Спонтанная голосовая активность отсутствует. Отсутствуют предречевые вокализации в течение последних 2,5 мес. Эхолалическая гологовая активность в эксперименте по вызыванию ответных звуков не наблюдается. Заключение: на фоне тяжелого нарушения психического развития, депрессивной симптоматики полное отсутствие каких-либо голосовых проявлений.

Недифференцированный крик-плач при синдроме депривационной предречевой ретардации необходимо отличать от патологических форм крика-плача, наблюдающихся при соматоневрологических заболеваниях раннего возраста. Это псевдоалиментарный крик-плач, встречающийся при психосоматических (функциональных) расстройствах пищевого поведения, коликообразный, характерный для синдрома младенческой колики, крик-плач при органических заболеваниях мозга (гипертензионно-гидроцефальный синдром, декомпенсированная гидроцефалия и др.). Отличительными особенностями крика-плача при гипертензионно-гидроцефальном синдроме являются: возникновение «без определенной причины» или в ответ на незначительное воздействие (легкое прикосновение, изменение положения тела), высокая интенсивность в виде громких, напряженных вокализаций с оттенком раздражительности, длительность в сочетании с монотонностью (крик-плач на одной ноте), усиление крика-плача в ночное время в сочетании с инверсией сна. При декомпенсированной гидроцефалии, выраженном снижении мышечного тонуса крик-плач тихий, слабый, вялый, «беззвучный», короткий, без пауз. Псевдоалиментарный крик-плач имеет следующие особенности: напоминает «настойчивое требование пищи» при алиментарном, но с более выраженной интенсивностью (громче, напряженнее) и признаками генерализации (двигательное беспокойство, гиперемия лица и тела), усиливается при попытке накормить младенца (при алиментарном — кормление приводит к успокоению); сопровождается отказом от пищи, рвотами, срыгиваниями. Коликообразный крик-плач: приступообразный, возникает преимущественно в вечернее время, высокой интенсивности (пронзительный) с чередующимися периодами затухания-усиления, во время которых младенец «заходится в крике» (табл. 9).

Таблица 9 Дифференциация крика-плача при синдроме депривационной предречевой ретардации от крика-плача при заболеваниях раннего возраста

Крик-плач	Интенсивность	Характер	Время суток
1. Недифференцированный	Выраженная	Длительный, без пауз	Независимо

			от времени суток
2. Псевдоалиментарный	Напряженный, усиливающийся при неадекватной реакции взрослых	Напоминает «настойчивое требование пищи», но более интенсивный	Независимо от времени суток
3. Колико-образный	Громкий, пронзительный	Приступообразный, с чередующимися периодами «затухания-усиления», во время которых ребенок «заходится в крике»	В вечернее время
4. При гипертензионногидроцефальном синдроме	Громкий, напряженный, с оттенком раздражительности	Длительный, монотонный («на одной ноте»)	В ночное время, в сочетании с инверсией сна

8.3.2. Нарушения раннего речевого развития

На дограмматическом этапе у детей, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации, чаще всего выявляется темповая задержка речевого развития [27]. Речь детей характеризуется: 1) отсутствием активного словаря (неспособность назвать предметы окружающей обстановки и предметы, изображенные на картинке, их действия и признаки, отсутствие инициативных обращений и диалоговой речи); 2) небольшим количеством произносимых звукоподражаний (в среднем 1-2); 3) преобладанием рудиментарных речевых форм — невербальных вокализаций (в основном лепет); 4) небольшим количеством понимаемых слов; 5) отсутствием понимания признаков предметов и их действий; 6) преобладанием понимания простых словесных инструкций.

8.3.3. Поведенческая терапия нарушений предречевого и раннего речевого развития

Целью поведенческой терапии предречевых нарушений в условиях полной материнской депривации следует считать выработку эффективного адаптационного механизма, обеспечивающего приспособление индивида к окружающим условиям на различных уровнях — физиологическом, психологическом и социальном. Поскольку готового адаптационного механизма у младенца нет (имеются лишь предпосылки для развития тех или иных адаптивных реакций), то к основным задачам поведенческой терапии следует отнести формирование навыков адаптивного поведения.

К общим принципам поведенческой терапии нарушений предречевого поведения относятся: 1) адекватное реагирование на младенческий крик-плач; 2) стимуляция развития модулированных предречевых вокализаций; 3) использование приемов эмоционального общения с младенцами.

Адекватное реагирование на крик-плач необходимо с первых дней жизни ребенка. Оно осуществляется постоянно, в процессе ежедневного ухода и воспитания детей, выполнения режимных моментов.

Для эффективного успокаивания детей необходимо:

1) обязательное выполнение требований младенца (устранение дискомфортного состояния — кормление, укладывание спать, смена пеленок и общение — разговор, взятие на руки и др.);

2) определение причины крика-плача. Для этого используют:

а) в периоде новорожденности (несформировавшийся режим дня) — «правило паузы».

Перед тем как подойти к вокализирующему младенцу, необходимо остановиться и задуматься (не более 30 с), чем в настоящую минуту может быть вызван крик-плач, запомнить его отличительные особенности и, подойдя к ребенку, проверить предположение;

б) после 1 мес (сформировавшийся режим сна-кормления-бодрствования) — ведение «дневника крика-плача». Методика основана на предположении о том, что, в соответствии с режимными моментами, каждый тип крика-плача возникает в строго определенное время. В графе дневника фиксируется время возникновения вокализации и вызвавшая ее причина. К этой же методике можно прибегнуть, проводя психотерапию матерей, дети которых страдают «чрезмерным» криком-плачем. В последнем случае результаты дневниковых записей сопоставляют с нормативными данными суточной продолжительности вокализаций младенцев. Методика дневников крика-плача является разновидностью метода коррекции представлений взрослых об особенностях младенческого поведения;

в) определение интонации крика-плача. Методика основана на данных о том, что для каждого типа крика-плача характерна определенная интонация. Неопытным и первородящим матерям, испытывающим затруднения в уходе за младенцем, а также персоналу домов ребенка можно использовать данные о наиболее часто встречающихся интонациях (см. выше);

г) успокоение ребенка в случае патологического крика-плача (синдром младенческой колики, психосоматические расстройства питания, неврологическая симптоматика). Для этого необходимо: взять ребенка на руки сразу, как только он закричит (не опасаться, что младенец «привыкнет к рукам», если речь идет о первых месяцах жизни), перевести в вертикальное положение, поглаживать, укачивать ребенка, вызывать ориентировочную реакцию (фиксация взгляда на лице взрослого или ярком предмете); вызывать слуховое сосредоточение, разговаривая с ребенком, менять интонацию голоса, например, ласковую на сердитую, использовать в разговоре новую интонацию (например, вопросительную), сочетать укачивание с пением пес-тушек.

Стимуляция развития модулированных предречевых вокализаций проводится в соответствии со стандартизированной методикой М. И. Поповой [80]. Согласно общему методическому подходу, комплекс мероприятий по стимуляции предречевого развития включает всестороннее воздействие на органы чувств: зрение, слух и эмоциональную сферу. Организуют специальные занятия (1 раз день, в период бодрствования ребенка после утреннего кормления), целью которых служит развитие у ребенка слухового восприятия и способности к звукоимитации. Непосредственными задачами при этом являются формирование умения ребенка отыскивать взором разговаривающего с ним взрослого и отвечать звуками на соответствующее обращение.

Содержание занятий зависит от возраста. На 1-м месяце задача в большинстве случаев ограничивается снятием возбуждения, успокоиванием (поскольку ребенок большую часть времени спит), но уже в этот период возможно привлечение внимания (зрительно-слуховое сосредоточение). Здесь ведущую роль играют методики эмоционального общения: радостное выражение лица взрослого, улыбка, поглаживание от головы к туловищу и к конечностям, разговор с использованием спокойных и ласковых интонаций.

На 2-м месяце главной задачей является умение поддерживать эмоционально положительную активность ребенка. Для этого в общении с ребенком необходимо усиление речевого компонента с использованием множественных интонаций в голосе. Занятия проводят как при выполнении режимных моментов, так и во время небольших промежутков бодрствования.

На 3-м месяце воздействие остается комплексным, но в процесс общения включаются предметы (формируется способность вначале дотрагиваться, а потом "и захватывать предмет рукой). В разговоре с ребенком уже необходимо приветствовать его, называя по имени. Занятия проводят во 2-й половине бодрствования, через 40-60 мин после пробуждения, ежедневно по 4 раза в день, продолжительностью 3-6 мин. На каждом занятии следует чередовать несколько приемов воздействия, делая между ними паузы по 30 с: сначала эмоциональный разговор, затем молчаливое присутствие в поле зрения, далее демонстрация игрушки и, наконец, снова эмоциональное речевое общение.

На 4-м месяце проводится дальнейшее совершенствование зрительно-слухового сосредоточения в сочетании с тактильным воздействием. По сравнению с предыдущим месяцем добавляется: воздействие на двигательную сферу (игра), включение в деятельность ребенка руки, обучение отыскиванию взором источника звука (с этой целью должны использоваться погремушки, музыкальные игрушки, часы). Если ребенок отвлекается, то необходимо использовать специальный прием по привлечению внимания — усиление или ослабление громкости или тембра источника звука. Необходимо также совершенствование разговора с ребенком. Для этого применяется: многократное повторение его имени, произнесение рифмованных строк (стихи), смена интонации, громкости голоса, темпа произнесения слов и звукосочетаний, попытки формирования общения на расстоянии (использование «переключек», «ауканья»), развитие впервые появившейся в этом месяце способности к подражанию. Для развития подражания необходимо следующее:

- 1) ребенок должен видеть лицо взрослого (нахождение в поле зрения);
- 2) вначале употреблять те звуки, которые ребенок уже умеет произносить;
- 3) периодически менять порядок звуков, постепенно добавляя новые;
- 4) произносить звуки размеренно, чередуя их с моментами молчания, во время которых ребенок начинает самостоятельно говорить.

В 4-5 мес необходимо: 1) поддержание тишины, чтобы дети могли себя слышать (свою спонтанную голосовую активность); 2) произносить различные слоги, сначала знакомые, потом новые; 3) предлагать различные по звучанию игрушки; 4) окликать детей из разных мест комнаты, чередуя шепотную речь с громкой; 5) разнообразить эмоционально-игровое общение, прячась от ребенка в игре, а потом неожиданно вновь появляясь; 6) называть параллельно с именем ребенка и свое имя.

Во 2-м полугодии главной задачей является выработка понимания ребенком слов. Необходимо проговаривать названия предметов, вызывать у ребенка движение в сторону этих предметов, учить ориентироваться в окружающей обстановке. Следует также сделать ребенка соучастником всех происходящих действий (переодевание, укладывание спать, раздача пищи, кормление). К общим правилам стимуляции предречевого развития во 2-м полугодии относятся следующие: 1) исключение постороннего шума; 2) речь медперсонала должна быть интонационно выразительной, не слишком быстрой, умеренной громкости, ясная, четкая, индивидуально адресованная; 3) слова взрослого должны соответствовать предметам и действиям, которые взрослый производит; 4) всякое речевое общение должно вызвать ответную голосовую реакцию ребенка; 5) содержание речи должно быть доступно пониманию.

Приемы эмоционального общения с младенцами [76, 84]. Общим методическим подходом эмоционального общения является умение относиться к ребенку как к личности с первых дней его жизни. Любую процедуру нужно сопровождать обращением, называнием по имени, комментировать все проводимые с ребенком действия так, как будто он все

понимает и может ответить. Для этого используют следующие приемы:

1. Взгляд глаза в глаза — это действие, являющееся одним из наиболее значимых компонентов человеческого общения, играет решающую роль для взаимодействия взрослого с младенцем. Сначала ребенок как бы «скользит» взглядом, не фиксируя его на лице, чаще смотрит на лоб взрослого. Нужно поймать взгляд и, смещаясь в ту сторону, куда смотрят глаза ребенка, стараться удержать их на себе. Следует также продвигать и удалять свое лицо, находя наилучшее расстояние для его восприятия. Контакт взглядов сопровождается ласковыми словами и улыбкой, которые помогают его продлить.

2. Использование «положения под грудью» при взятии на руки. Прием является дополнением к предыдущей методике, поскольку младенцу легче всего выделять лицо взрослого, находясь в положении, используемом при кормлении.

3. Использование улыбки при общении. Взрослый должен улыбаться при общении с младенцем уже тогда, когда улыбка у ребенка носит чисто рефлекторный характер и не адресована взрослому (рефлекторная улыбка). Этот прием также хорошо проводить в положении «под грудью».

4. Использование выразительных интонаций и индивидуально адресованной речи при общении, называние по имени, произнесение звуков, которые ребенок может произносить. Эти приемы необходимо выполнять длительно, повторно.

5. «Пассивная физкультура» (перебирание пальчиков, совершение движений руками и ногами ребенка).

6. «Материнский массаж» — представляет собой поглаживание поверхности тела младенца в определенной последовательности (от головки к туловищу и к конечностям). Применяется длительно. Тактильная материнская стимуляция является одним из ведущих факторов развития. При эффективном использовании этого приема можно наблюдать, как в процессе его выполнения существенно меняется выражение лица, мимика, поза, движения младенца.

7. Предоставление ребенку инициативы в общении. Для этого используют паузы длительностью 30—40 с, во время которых взрослый непрерывно наблюдает за младенцем, ожидая от него собственной активности.

8. Введение в процесс общения предметы. Вначале помещается красочная игрушка между лицом взрослого и ребенком. При этом игрушку поворачивают, встряхивают, перемещают в разных направлениях. Если ребенок способен подолгу рассматривать игрушку и следить за ее перемещением, предмет необходимо подвесить на удобное для восприятия расстояние и оставить младенца наедине с ним.

Во 2-м полугодии основной задачей является осуществление совместной деятельности ребенка и взрослого. В этом возрасте младенцу уже не нравится просто ласка, он может отказываться сидеть на руках взрослого без какого-либо занятия, старается привлечь внимание взрослого каким-нибудь предметом, реагирует на удачу и неудачу при действии с игрушкой. Для осуществления совместной деятельности используют следующие ситуации: 1) совместное наблюдение за предметами; 2) показывание разных способов действия с игрушками. Необходимо предоставлять ребенку возможность их рассматривать, лизать, сосать, тискать мягкие предметы, ощупывать мелкие детали предметов, размахивать игрушкой, стучать ею по полу, столу, стене и т. д. Наряду с этим взрослый должен учить ребенка действиям с предметами (игровые: надевание кольца на пирамидку; специфические манипуляции: удержание ложки, вилки и кружки в руке и т. д.); 3) предоставление ребенку инициативы, поощрение взрослым инициативных действий ребенка. Если ребенок отстает в

эмоциональном развитии, то следует начинать с тех рекомендаций, которые разработаны для детей более раннего возраста.

Учитывая, что важным фактором развития младенца является наличие надежной привязанности к взрослому, в условиях закрытого детского учреждения необходимо: 1) обеспечить как можно более постоянный персонал, ухаживающий за детьми на протяжении длительного времени; 2) обеспечить как можно более частое общение с родителями, если таковые имеются; 3) если родителей нет, то организовать своеобразную «патронажную» систему, при которой к опекунству привлекаются посторонние люди, желающие иметь ребенка, но по тем или иным причинам не способные взять его полностью на воспитание.

Важным принципом терапии является совместное использование методик эмоционального воздействия и стимуляции предречевого развития. Согласно этому принципу, всякое психотерапевтическое воздействие начинается с приемов эмоционального общения, рассматриваемых в качестве базисных по отношению к любым другим средствам. Далее применяются методики предречевой стимуляции, являющиеся более специфичными. В процессе осуществления последних необходимо периодическое возвращение к общим средствам для поддержания у ребенка положительных эмоций и активного внимания. Подобный подход к терапевтическим мероприятиям более соответствует психофизиологическим особенностям младенческого возраста, характеру отношений и общению с окружающими.

Основной психотерапевтической мишенью следует считать патологический поведенческий комплекс, называемый депривационным стереотипом общения. Он заключается в том, что ребенок, потенциально обладающий средствами общения, при непосредственном контакте со взрослым использует эмоционально-отрицательные средства (крик-плач, двигательное возбуждение и др.), относящиеся к ранним проявлениям реакции протеста. Депривационный стереотип общения, преобладающий в условиях полной материнской депривации, является непосредственной реакцией ребенка на условия существования и лежит в основе механизма нарушений предречевого поведения.

Вышеуказанные принципы поведенческой терапии могут быть положены в основу формирования у младенцев навыков адаптивного поведения и психопрофилактики предречевых нарушений в условиях детских психоневрологических учреждений.

Глава 9. МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

9.1. Психиатрическая оценка

Психиатрию раннего детского возраста принято называть «психиатрией детско-родительских отношений» [48]. Поэтому основной целью обследования следует считать получение данных, способствующих пониманию поведения не только детей, но и ухаживающих за ними взрослых. Опрос матерей или других членов семьи рекомендуется проводить, используя стандартный набор вопросов, на каждый из которых предлагается 2-3 варианта ответов (так называемый «полустандартизированный» опросник).

Клиническая беседа с ближайшими ребенку взрослыми, согласно К. Mind, R. Mind, включает следующие разделы[147]:

1. Объективные сведения о ребенке и его родителях, выяснение их юридического статуса в случае усыновления ребенка.
2. Жалобы. Краткое описание жалоб матери или других взрослых, ухаживающих за ребенком.
3. Анамнез заболевания. Проблемы ребенка желательно отразить словами взрослых.

Необходимо выяснить, под влиянием каких внешних факторов появились те или иные симптомы, что предпринимали ухаживающие за ребенком лица, чтобы ему помочь, какие при этом были достигнуты результаты. К каким специалистам ранее обращались, какие рекомендации выполняли. Необходимо отразить также мнение других родственников (бабушки, дедушки) относительно жалоб и болезни ребенка.

4. Семейный анамнез. Включает в себя следующие данные:

- сведения о родителях и лицах, ухаживающих за ребенком;
- данные об их профессии, образовании;
- заболевания, которыми родители страдают;
- качество жизни матери и отца;
- предшествующие браки родителей, дети от предыдущих браков, отношения в предыдущей семье;
- данные о родительской семье матери и отца с характеристикой семейных отношений;
- сведения о братьях и сестрах ребенка, их заболеваниях.

5. Развитие ребенка:

- период беременности и новорожденности, планируемость и желанность ребенка, отношение матери и отца к беременности, состояние матери до, во время и после родов, первые впечатления матери о ребенке, реакции новорожденного на мать;

— подробное описание двигательного, сенсорного, эмоционального, познавательного развития ребенка:

когда начал переворачиваться, сидеть, стоять, ходить, первая улыбка, время появления комплекса оживления, отношение к незнакомцам, манипулирование с предметами и исследовательская деятельность и т. д.;

— особенности поведения младенца: способы успокоивания ребенка в первые месяцы жизни, возможность самостоятельного успокоения, возможность управления поведением ребенка с помощью запретов и разрешений;

— активность ребенка на первом году жизни, регулярность сна, кормления, бодрствования, прогулок, характер приспособления к новым условиям и т. д.;

— индивидуальность ребенка, независимость в общении со сверстниками и взрослыми, уязвимость в тех или иных ситуациях, реакция на кратковременную разлуку с родителями, перемену места жительства, рождение в семье нового ребенка.

6. Тестирование. Проводится в специальной комнате в присутствии одного или обоих родителей. Необходимо, чтобы родители видели, как ребенок выполняет тестовые задания. Кроме того, присутствие родителей при тестировании ребенка позволяет наблюдать взаимодействие между ними. Характер общения ребенка с незнакомым взрослым также несет диагностическую нагрузку. Количество заданий, которые необходимо выполнить ребенку, зависит от психометрической методики, мотивации, состояния внимания и соматического здоровья ребенка. Тестирование длится в среднем 45-60 мин. Конкретный психологический тест выбирают исходя из его валидности, простоты заданий и обработки.

7. Диагностические игры. Выделение этого этапа условно, так как игры могут входить в тестовые методики, и даже при отсутствии их в тестах игра должна быть представлена во время обследования. В диагностических играх принимают участие младенцы старше 6-7 мес. Диагностические игры должны быть наименее структурированы, ребенок может сам выбрать, во что и как ему играть. Оптимальным является такая организация игры, при которой игрушки выдают ребенку по мере возрастания их сложности (игрушки не должны быть похожи на те, которыми ребенок играет дома). Применяются следующие игры:

— игра «возьми-отдай» (используется небольшая яркая кукла, которую ребенок может захватить);

— игры с маленькими предметами (используются магнит и скрепки), ролевые игры с идентичными («ладушки») и неидентичными ролями («телефон», «прятки»);

— игры с исчезающими предметами (игрушки накрывают платком или пеленкой, прячут за спину или за экран);

— игры с куклами, изображающими семью, других людей, игрушечных зверей.

Наблюдая за игрой ребенка, можно вынести заключение о его внутренней жизни, конфликтах, желаниях, страхах и их возможном происхождении.

8. Оценка родителей.

А. Базовая оценка. Базовая оценка родителей включает в себя выявление таких качеств, как: 1) психическое здоровье родителей; 2) самооценка родителей;

3) способность к адаптации; 4) тип воспитания; 5) готовность оказывать помощь детям.

1. Психическое здоровье родителей. В ходе беседы возможна лишь приблизительная оценка психического здоровья родителей. Выясняют, относятся ли родители к группе психически здоровых людей, к группе психически больных или к группе больных с пограничной психической патологией. Можно предложить родителям стандартизированные опросники, оценивающие уровень психического здоровья, например CDI-опросник, предлагаемый ВОЗ [1996].

2. Самооценка родителей. Самооценку родителей можно выявить исходя из того, насколько они уверены в том, что понимают потребности ребенка, знают правила ухода и воспитания.

3. Способность к адаптации. Способность к адаптации родителей можно оценить, узнав, как они ранее преодолевали имеющиеся трудности в уходе. Например, кто из родителей укачивал не спавшего ночью ребенка, а кто не мог с этим справиться. Обычно родители достаточно подробно рассказывают об этом. Необходимо выяснить, как они относятся к имеющимся трудностям в уходе за ребенком. Возможны разные варианты такого отношения — от полного отрицания проблемы до ее активной психологической проработки.

4. Тип воспитания. Оценивая тип воспитания, необходимо, прежде всего, выяснить какая атмосфера преобладает в семье — авторитарная или демократическая. Об этом во многом можно судить на основании того, кто в семье принимает решения. Некоторые семьи существуют в целиком авторитарном либо демократическом режиме, что, тем не менее, не отражается на характере отношений в семье.

5. Готовность оказывать помощь, содействовать развитию ребенка проявляется в способности его поощрять, стимулировать активность.

Родители могут воспитывать ребенка как достаточно отстраненно, как бы «на расстоянии», так и слишком назойливо, чрезмерно его поощряя. Модель поведения родителей должна быть гибкой и стремиться к «золотой середине».

Б. Оценка специфических способностей родителей. Включает оценку следующих способностей: 1) способности организовать поведение ребенка; 2) восприимчивости матери к ребенку; 3) реактивности поведения родителей; 4) способности к стимуляции ребенка.

1. Способность организовать поведение ребенка

зависит от умения видеть в ребенке индивидуальное. Практически это проявляется в том, что мать интуитивно чувствует, в каком положении ее ребенку удобнее спать, что нужно сделать, чтобы заинтересовать малыша, как его быстрее успокоить. Это, в частности, важно тогда, когда в семье ребенок с тяжелой аномалией развития (глухота, слепота, хромосомные

заболевания). Родители таких детей должны быть максимально чувствительны, чтобы использовать малейшую возможность для компенсации дефекта ребенка.

2. Восприимчивость матери к ребенку характеризуется наличием или отсутствием родительской «обратной связи», умением правильно распознавать и реагировать на подаваемые ребенком знаки. В первые месяцы жизни важно распознавать различный по интонации плач ребенка («хочу есть», «хочу спать» и «я — мокрый»), а в конце первого года жизни — подаваемые ребенком жесты («хочу играть с игрушкой, мамой»).

Эмоциональная отзывчивость матери особенно необходима, когда ребенку 8 мес. В этот период возникает новый этап в развитии привязанности. Ребенок начинает испытывать любовь к тем, кто за ним ухаживает, и невозможно переоценить роль окружающих людей в формировании у него этого чувства. Эмоциональная отзывчивость матери проявляется в удовольствии от совместного пребывания с ребенком, глубиной и диапазоном всех проявленных чувств, радостью в ответ на возрастающую способность ребенка отвечать им.

3. Реактивность поведения родителей определяется быстротой их реагирования на изменение эмоционального состояния ребенка, его потребностей и желаний.

В отличие от сенситивных, «реактивные» родители не просто чувствуют запросы детей, но и быстро на них отвечают. Быстрый ответ на потребности ребенка во втором полугодии жизни является одним из факторов возникновения надежной детско-материнской привязанности в первые 3 года жизни.

Реактивность родителей можно легко оценить, узнав об их реакции на крик-плач ребенка. Родители, начинающие незамедлительно успокаивать детей, обладают высокой реактивностью.

Вместе с тем, нет данных, которые несомненно свидетельствовали бы о том, что быстрая реакция на нужды ребенка всегда лучше медленной. Не менее важным показателем является адекватность реагирования.

4. Способность к стимуляции ребенка определяется умением дать ребенку почувствовать, что он может сделать что-то сам, обеспечить, по выражению J. S. Bruner, «общественную трибуну» для его исследовательских опытов [116]. Например, при игре в прятки мать прячется первая, а затем обнаруживает себя, чтобы ребенок делал то же самое.

Очевидно, что не только разнообразие окружающей среды является наиболее существенным условием для развития ребенка. Необходимо, чтобы у ребенка было место в окружающем пространстве, где бы он чувствовал себя в безопасности и мог укрыться там при столкновении с чем-либо новым, незнакомым. Начиная с 8-го месяца жизни, обеспечение ребенку условий для исследовательской деятельности и, вместе с тем, гарантия его безопасности становятся залогом успешного познавательного развития.

Стимулирование познавательных навыков считается наиболее эффективным тогда, когда его проводят в виде совместных игр с ребенком. Важно оценить, понимают ли родители, когда им нужно принять участие в играх ребенка, когда поддержать его на расстоянии, а когда предоставить его самому себе.

Ранние игры рассчитаны на более пассивную роль младенца, в то время как в более поздних играх упор сделан на активное участие ребенка во всех действиях.

Выполняемые родителями действия в игре с детьми изменяются по мере взросления ребенка автоматически и являются важнейшими показателями чувствительности матери, готовности стимулировать ребенка, что должно быть частью оценки системы мать - дитя.

9.2. Экспериментально-психологическое обследование

Шкалы развития младенца Bayley

Тест Бэйли является результатом более чем 45-летних исследований развития детей, является высоковалидным и может считаться одним из лучших для раннего детского возраста. Тестирование проводится в возрасте от 1 до 42 мес [109, НО].

Тест состоит из 3 шкал:

- 1) шкала психического развития (ментальная шкала): оценивает ощущение, восприятие, память, доречевые и речевые способности, предпосылки абстрактного мышления;
- 2) шкала моторного развития: оценивает простые и сложные движения, грубую и тонкую моторику;
- 3) шкала («протокол») поведения: объективирует социальные взаимодействия, интересы, эмоции, темперамент.

Каждый пункт теста оценивается как «выполненный» или «невыполненный». Время тестирования детей младше 15 мес — 25-35 мин, старше 15 мес — до 60 мин.

Результатом тестирования является вычисление индекса ментального развития (MDI) и индекса психомоторного развития (PDI). Шкалы психического и моторного развития содержат 274 пункта, протокол поведения ребенка — 30. Тест признан высоковалидным и стандартизированным. Первоначально стандартизация шкал проводилась на 1262 детях, а поведенческого протокола — на 791 ребенке. В 90-е годы была проведена повторная стандартизация теста.

Денверский скрининг-тест развития (DDST)

Тест разработан Frankenburg W. K., J. B. Dodds для выявления детей, страдающих задержкой психического развития в возрасте от рождения до 6 лет. Он содержит 4 шкалы: 1) грубая моторика; 2) тонкая моторика; 3) речь; 4) социальная адаптация.

Из 105 пунктов 75 предназначены для детей до 3 лет. Обычно ребенок тестируется по 20 пунктам. Каждый пункт оценивается как «выполненный», «невыполненный», «отказ от выполнения», «не было возможностей для выполнения». Тестирование проводится как в условиях прямого наблюдения, так и на основании сведений, полученных от родителей. Дети, выполнившие все пункты, считаются развивающимися нормально. Если имеется один невыполненный пункт в какой-либо шкале, результат считается сомнительным, два невыполненных пункта — задержка развития.

Тестирование занимает около 30 мин и требует минимальной подготовки исследователя (несколько часов). В этом преимущество данного теста по сравнению с тестом Бэйли, который требует высшей психологической квалификации.

Денверская оценочная методика была стандартизирована на 1036 нормальных детях в возрасте от 2 нед до 6 лет, 816 из которых были младше 3 лет. Тест высоко достоверен и стандартизирован.

Порядковые (числовые) шкалы психологического развития

Тест представляет собой психометрическую оценку развития ребенка, разработанную I. Uzgiris, J. McHunt [164] на основании концепции психического развития Ж. Пиаже. Он предназначен для детей от рождения до 2 лет и содержит 6 шкал: 1) развитие зрительного слежения и сосредоточения на объекте; 2) умение ребенка использовать разные средства для получения желаемого предмета; 3) вокальная и жестовая имитация (2 субшкалы); 4) причинные действия; 5) построение объектных связей в пространстве; 6) развитие отношений к объектам (при смене игрушки или роли в игре).

Тест состоит из 64 пунктов. Экспериментальные ситуации располагаются по мере усложнения. Психическое развитие изучается в следующих возрастных промежутках: 0-3

мес, 4-7 мес, 8-11 мес, 12-17 мес и 18-24 мес. Тест состоит из 64 пунктов.

Профиль психического развития G. D. Alpern-Boll [107]

Методика предназначена для детей от рождения до 9 лет, содержит 186 пунктов и 5 шкал: 1) физическое развитие; 2) «социальная» шкала; 3) шкала коммуникации; 4) способность к обучению; 5) шкала «самопомощи». В результате тестирования определяют, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка.

Шкала ментального развития R. Griffiths [133]

Тест рассчитан на младенцев от 0 до 24 мес, содержит 260 пунктов, объединенных в 5 субшкал: 1) локомоторная активность (глаза-руки, слух-рука); 2) развитие речи; 3) тонкая моторика; 4) «персональная» шкала; 5) «социальная» шкала. После выполнения заданий рассчитывается интеллектуальный коэффициент ребенка и определяется, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка.

KID-шкала

Разработана J. Reuter [152]. Представляет собой субъективную оценку взрослыми психического развития ребенка (мать в домашних условиях заполняет регистрационный лист теста). Исследуются дети в возрасте 0-15 мес. Тест содержит 252 пункта и 5 шкал:

1) познание; 2) движения; 3) самообслуживание; 4) общение; 5) языковая шкала. По каждой из шкал определяется условный возраст ребенка, который сравнивается с паспортным.

Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни

Один из первых отечественных тестов психического развития разработали Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт [78]. Методика представляет собой качественную оценку развития ребенка без использования баллов. Состоит из 3 возрастных шкал для 1-го, 2-го и 3-го года жизни. На 1-м году исследуют:

- 1) 10 дней — 2,5-3 мес — развитие зрительных и слуховых ориентировочных и эмоционально положительных реакций;
- 2) 1,5-3 — 5-6 мес — развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций, движений руки, гуле-ния;
- 3) 5-6 — 9-10 мес — развитие общих движений, действий с предметами, подготовительных этапов пассивной и активной речи;
- 4) 9-10 — 12 мес — развитие общих движений, действий с предметами, понимания и активной речи.

На 2-м году: развитие понимания речи, развитие активной речи, сенсорное развитие, развитие игры и действий с предметами, развитие движений, формирование навыков.

На 3-м году в первом полугодии: активная речь, игра, конструктивная деятельность, сенсорное развитие, развитие движений, развитие навыков. Во втором полугодии: активная речь, игра, изобразительная деятельность, конструктивная деятельность, сенсорное развитие, навыки, движения.

Нормой считается выполнение навыков в пределах ± 15 дней от проверяемого возраста. Тест стандартизирован на 630 детях 1-го года жизни, 730 — 2-го года и 360 детях 3-го года жизни.

Тест развития детей первого года жизни О. В. Баженовой

Разработан О. В. Баженовой [7]. Тест включает 98 диагностических проб, разделенных на 6 шкал: двигательное, эмоциональное, сенсорное развития, действия с предметами, взаимодействия со взрослыми, голосовая активность. Каждая из проб позволяет оценить уровень развития той или иной поведенческой реакции. Согласно методике теста, определяют 4 степени выраженности поведенческой реакции: 0 баллов — отсутствие, 1 балл

— намеченность, 2 балла — несовершенная форма проявления, 3 балла — совершенная форма проявления. Пробы, выполнение которых требует достаточно высокого уровня психической активности ребенка, имеют значительно больший удельный вес при их оценке. Количество баллов, набранное за их выполнение, умножают на 5 (качественно-количественная оценка). Количество баллов, набранное за выполнение всех проб данной шкалы, суммируют. Набранная сумма баллов представляет собой актуальную оценку (АО), которая сравнивается с контрольной оценкой (КО), являющейся нормативным показателем для данного возраста. Итоговый результат — индекс развития (ИР)— представляет собой отношение АО к КО. На основании данных ИР по 6 шкалам строится диаграмма (профиль психического развития). Развитие оценивается в возрасте 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 и 12 мес.

Оценка уровня психомоторного развития ребенка

Разработана Л. Т. Журбой, Е. М. Мастюковой [32]. Развитие оценивается по 7 нервно-психическим показателям (динамическим функциям): коммуникабельность, голосовые реакции, безусловные рефлексы, мышечный тонус, асимметричный шейный тонический рефлекс, цепной симметричный рефлекс, сенсорные реакции. Оцениваются также уровень стигматизации, черепно-мозговая иннервация и патологические движения, которые помогают выявить группу детей с повышенным риском задержки развития. Помесячная количественная оценка у ребенка до 1 года проводится на основе показателей, оцениваемых по 4-балльной системе с учетом динамики нормального возрастного развития. Оптимальная оценка по шкале возрастного развития соответствует 30 баллам. 27-29 баллов в большинстве случаев можно расценивать как вариант возрастной нормы. При оценке 23-26 баллов детей относят к безусловной группе риска. 13-22 балла свидетельствуют о задержке развития. Ниже 13 баллов — больные с тяжелой задержкой развития вследствие органического поражения мозга.

Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев)

Разработан Г. В. Козловской и соавт. [50]. Тест состоит из 12 возрастных субтестов. Психическое развитие исследуется на 1-м году жизни каждый месяц, после года — каждые три месяца, от 2 до 3 лет — 1 раз в полгода. Субтесты состоят из 20 вопросов (заданий), позволяющих тестировать развитие сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих функций. Для исследования уровня развития каждой функции предлагают 4 задания. Для исследования сенсорной функции тестируются зрительная, слуховая и тактильная чувствительности. Для определения состояния моторики — статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. В эмоционально-волевой сфере исследуются: формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). Для оценки волевых функций исследуются активная и пассивная произвольная деятельность. Познавательные функции тестируют по четырем показателям: речь, мышление, игра и внимание. Поведенческие функции состоят из двух разделов: биологического (пищевого поведения, формирования навыков опрятности) и социального поведения, для изучения каждого из которых предлагают по два задания. Тест позволяет распределить обследуемых детей по трем группам:

- 1) здоровые дети — показатель коэффициента психического развития (КПР) от 110 до 90 баллов;
- 2) группа риска — КПР 80-89 или выше 111 баллов;
- 3) группа нарушения развития — КПР ниже 80.

Шкала поведения новорожденных (NBAS)

Разработана Т. Brazelton [114]. Предназначена для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Оценивается поведение и неврологический статус детей от 2 дней до 6 нед жизни. Методика состоит из 20 вызываемых рефлексов и движений, оцениваемых по 4-балльной шкале. Имеется также 27 заданий для квалификации движений, взаимодействия со взрослыми, статического контроля, реагирования на стресс. Оценка проводится по 9-балльной шкале, указывающей на 5 возможных типов поведения. Дополнительно отмечается, требовалась ли стимуляция для того или иного типа поведения. Результатом исследования является отнесение детей либо к группе риска, либо к норме. Также используют поведенческий тест новорожденных Graham [1974] для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Тест оценивает детей 1-14 дней жизни по 6 субшкалам: двигательная с оценкой моторики, мышечный тонус, тактильная, слуховая сенсорная, зрительная сенсорная шкалы, шкала реактивности.

Тестовая методика Prechtl, Beintema [1964]

Оцениваются дети от 1 до 9 дней жизни по шкалам внешнего вида, позы, движений, дыхания и неврологического статуса.

Опросник младенческого темперамента используется для оценки темперамента детей.

Разработан W. Carey, S. McDevit [117]. Методика выявляет индивидуальные различия между младенцами вне зависимости от темпа их психомоторного развития. Тест предназначен для скрининговых исследований младенцев от 4 до 8 мес. Он состоит из 95 пунктов, оценивающих поведение по 6-балльной шкале, содержит 9 категорий: активность, синхронность, доступность, приспособляемость, сенситивность, настроение, постоянство, отвлекаемость, агрессия. При анализе результатов младенцы могут быть расценены как «довольно трудные» (асинхронные, игнорирующие общение), низкоадаптивные (сенситивные), «легкие» (синхронные, доступные, адаптивные), «медленно реагирующие» (неактивные, тихие) и дети, относящиеся к промежуточному типу.

Результаты выполнения тестовых заданий у детей зависят от многих факторов: физиологического состояния (голод, усталость, сонливость), соматического здоровья, психологического комфорта, личности исследователя. Для диагностики развития младенцев и детей раннего возраста большое значение может иметь также неврологическое обследование. Оно уточняет клиническую картину и предотвращает ошибочную трактовку состояния ребенка. Если обследуется ребенок с выраженным резидуально-органическим поражением мозга, то неврологический осмотр должен предшествовать экспериментально-психологической и психиатрической оценкам.