

**Руководство  
по психодинамической  
диагностике**

второе  
издание

**PDM-2**

ТОМ II

Под редакцией

**Витторио Линджарди  
Нэнси Мак-Вильямс**

**PSYCHODYNAMIC  
DIAGNOSTIC  
MANUAL**

Second  
Edition

**PDM-2**

volume II

Edited by

**VITTORIO LINGIARDI**

**NANCY McWILLIAMS**

**Руководство  
по психодинамической  
диагностике** второе  
издание

**PDM-2** том II

Под редакцией

**Витторио Линджарди  
Нэнси Мак-Вильямс**

УДК 615.851

ББК 53.57

Л 59

Л 59 Руководство по психодинамической диагностике. Второе издание. PDM-2. Том 2 / Под ред. В. Линджарди, Н. Мак-Вильямс / Пер. с англ. О. Перфильевой, Н. Сабуровой, В. Снигура. — М.: Независимая фирма «Класс», 2019. — 588 с.

ISBN 978-5-86375-249-5

ISBN 978-5-86375-251-8 (том 2)

ISBN 9781462530557 (США)

Данное диагностическое руководство, основанное на психодинамических клинических моделях и теориях и ориентированное на составление клинической формулировки случая и планирование лечения, предлагает практикующим специалистам эмпирически обоснованную и клинически подтвержденную альтернативу таким картам личности, как «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (DSM) и «Международная классификация болезней» (МКБ).

Диагностическая модель PDM-2 призвана дать систематическое описание здорового функционирования и расстройств личности; индивидуальных профилей психического функционирования (включая паттерны отношений с другими людьми, понимание и выражение чувств, преодоление стресса и тревоги, регулирование импульсов, наблюдение за собственными эмоциями и поведением и формирование моральных суждений и др.); а также симптомных паттернов, включая различия в субъективных переживаниях симптомов каждым человеком и в субъективных переживаниях лечащих терапевтов.

В книге дается развернутое описание проблем функционирования личности и психологических проблем младенческого, детского, молодого, зрелого, пожилого и старческого возрастов, приводится множество примеров из практики.

Руководство адресовано специалистам как психодинамического, так и других подходов, включая когнитивно-поведенческий, эмоционально-фокусированный, системный семейный, гуманистический и др. Одной из основных задач авторов книги является помощь начинающим терапевтам.

ISBN 978-5-86375-249-5

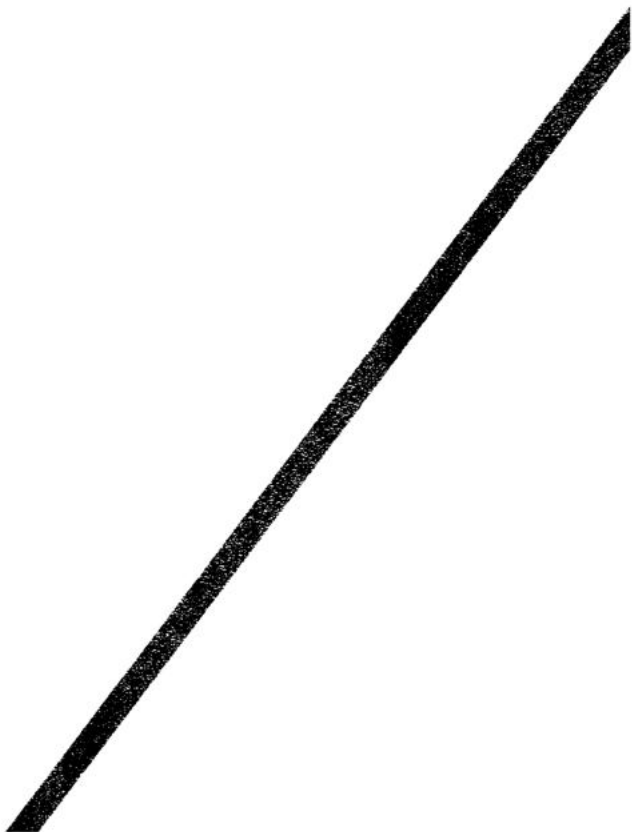
ISBN 978-5-86375-251-8 (том 2)

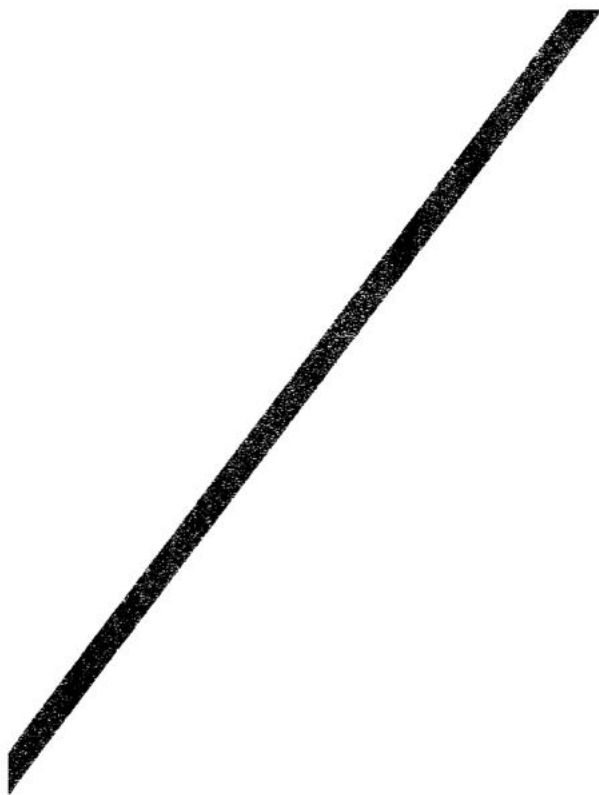
ISBN 9781462530557 (США)

Copyright © 2017 Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders —  
Psychodynamic Diagnostic Manual

*Посвящается памяти  
Сидни Дж. Блатта,  
Стенли Гринспена,  
Роберта С. Валлерштайна*

# Часть 4





**Младенческий  
и ранний  
детский возраст**



## Психическое здоровье и расстройства развития в младенческом и раннем детском возрасте IEC 0–3

### Редакторы главы

Анна Мария Сперанца, PhD

Линда Мейз, MD

### Консультанты

Фабиа Э. Банелла, MA

Тесса Барадон, MA

Ирен Чатур, MD

Джек Дрешер, MD

Леон Хоффман, MD

Марианн Лейцингер-Болебер, PhD

Лоредана Лукарелли, PhD

Сандра Маэстро, MD

Стивен Маранс, PhD

Филиппо Муратори, MD

Тимоти Райс, MD

Теодоре Шапиро, MD

Габриель Х. Силвер, MD

Фред Фолкмар, MD

Чарльз Х. Зина, MD

### Введение

---

Психическое развитие в младенческом и раннем детском возрасте отражает динамику отношений между множеством измерений функционирования человека, включая эмоциональные, социальные, языковые, когнитивные, сенсорно-регуляторные процессы и моторные параметры. Для полноценной классификации расстройств младенческого и раннего детского возраста необходимо учитывать сложности в этих сферах и в паттернах отношений.

В развитие этой области внесли свой вклад исследователи и клиницисты, изучающие младенчество и психопатологию развития, психоанализ отношений, теорию привязанности и нейробиологию, описав взаимодействие между биологическими, психологическими и социально-контекстуальными аспектами развития в течение жизни. Как было предложено в транзакционной модели Самерова (Sameroff, 2009), психическое здоровье и расстройства младенческого возраста происходят из длительных и интерактивных изменений, которые происходят в процессе развития ребенка между ним и его окружением. Для по-

нимания различных расстройств, отслеживания их путей развития и формулирования полноценных клинических описаний и лечебных планов критически важно внимательно относиться к двунаправленной природе этих влияний.

Далее мы предлагаем к рассмотрению биопсихосоциальную модель раннего развития, которая описана в фундаментальных работах Гринспана (Greenspan, 1992, 1996, 2004). Она включает (1) уровень развития эмоционального, социального и интеллектуального функционирования младенца; (2) конституционально и биологически обоснованные индивидуальные различия в обработке информации, а также (3) отношения, включая паттерн «ребенок — первичный опекун — семья» и другие паттерны. Опыт развития в младенческом возрасте (как и в целом в ходе жизни) можно понять лишь в контексте системы социальных и культурных факторов и факторов отношений. Более того, процесс развития рассматривается в свете взаимодействия генетических, средовых факторов, истории развития и текущих сложностей в физиологической, нейропсихологической, когнитивной, социальной, эмоциональной и репрезентационной сфере. Расстройства и дезадаптивные паттерны развития принимают конкретные формы, которые отражают как историю предыдущих вариантов адаптационной организации, так и основную задачу, характерную для каждой фазы развития.

Классификация младенческого и раннего детского возраста (МРДв), представленная в этой главе, охватывает наиболее распространенные расстройства детей младенческого и младшего возраста. Наши основные источники — Диагностическое руководство по младенческому и раннему детскому возрасту (Diagnostic manual for infants and young children, ICDL-DMIC; ICDL, 2005) и Диагностическая классификация психического здоровья и расстройств развития младенческого и раннего детского возраста, пересмотренное издание (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, revised edition, DC: 0–3R; Zero to Three, 2005) Междисциплинарного совета по расстройствам развития и научения (Interdisciplinary council on developmental and learning disorders, ICDL), поскольку это наиболее известные системы классификации для младенческого и раннего детского возраста. Мы следуем ICDL-DMIC в вопросах как общей структуры, так и подхода к расстройствам и клинической формулировке.

Уже после того, как был написан черновой вариант этой главы, была опубликована DC: 0–5™ (Zero to Three, 2016). У нас не было возможности интегрировать все нюансы, которые представлены в DC: 0–5, однако мы постарались выделить в виде ключевых идей нововведения этой системы и установить диалог между ними и нашим подходом.

Классификация IEC представляет многоосевой разносторонний подход, учитывающий процессы развития, который прежде всего включает функциональные параметры эмоционального развития (Ось II), сенсорно-регуляторные параметры обработки информации (Ось III), паттерны и расстройства отношений (Ось IV) и другие медицинские и неврологические диагнозы (Ось V) как определяющие компоненты многоосевой диагностики расстройств младенческого возраста (Ось I) (см. рис. 10.1).

На основе этого мы внесли некоторые изменения в классификацию IEC при работе над первым изданием PDM. Во-первых, мы сделали больший акцент

на вклад разных осей в диагностический профиль. Оценка симптоматического паттерна в детском возрасте невозможна без точной оценки способностей ребенка к сенсорному восприятию, функциональных параметров эмоционального развития и преобладающих паттернов отношений.

По этим причинам оси классификации ИЕС имеют иную организацию и иные положения в сравнении с осями PDM-2 для детей, подростков и взрослых. В данной главе мы представляем иной вариант многоосевого подхода, учитывающего особую природу этого периода и его теоретические и клинические разработки. Где возможно, мы постарались сократить концептуальные разрывы, проводя перекрестные ссылки между осями. Например, значительные изменения в социальном, когнитивном и эмоциональном функционировании младенца (Ось II) могут приводить к специфическим психическим функциям в более взрослом возрасте ребенка, продолжающим Осью MC (см. Главу 7). Таким образом, PDM-2 пытается указать на пути развития, ведущие к появлению симптоматических паттернов у детей старшего возраста и подростков. В то же время и конституциональные параметры сенсорной обработки (Ось III), и паттерны и расстройства отношений (Ось IV), внося вклад в процесс личностного развития, не так легко могут быть сопоставлены с Осью PC (см. Глава 8).



Рис. 10.1. Многоосевой подход классификации ИЕС.

Мы также предложили простые в освоении и использовании шкалы оценки, с помощью которых клиницист может разработать клинически релевантный профиль ребенка, и перечислили другие уместные инструменты оценки состояния.

## Обзор многоосевой системы

---

Классификация расстройств младенческого и раннего детского возраста требует всесторонней оценки состояния, которая характеризует уникальные качества индивида. Присутствующие проблемы и симптоматология описываются Осью I ИЕС (первичные диагнозы психического здоровья), начиная с расстройств психофизиологического функционирования, за которыми следуют аффективные расстройства, расстройства, связанные с травматическими событиями, расстройства поведения и т. д. Мы посчитали, что такой подход лучше сохранит непрерывность между Осью MC (см. главу 7) и Осью SC (см. главу 9). Помимо первичных диагнозов клиницисту следует оценить уникальные качества каждого ребенка и семьи с помощью многоосевого профиля развития, который включает описание шести базовых функциональных параметров эмоционального развития (Ось II); вариации конституции и созревания (сенсорно-регуляторные паттерны обработки информации (Ось III); паттерны и расстройства отношений между ребенком и основным родителем или ребенком и семьей (Ось IV), а также другие медицинские или неврологические диагнозы (Ось V).

Далее приведены краткие описания каждой из осей.

- ◆ *Ось I: Первичные диагнозы психического здоровья.* Эта ось описывает основные диагностические категории и типы расстройств, которые наблюдаются в младенческом и раннем детском возрасте. Когда возможно, эта ось может дополнять другие существующие диагностические системы, такие как *Международная классификация болезней*, 10-я редакция (МКБ-10), *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам*, пятая редакция (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5*; Американская психиатрическая ассоциация, 2013), DC: 0-3R и DC: 0-5.
- ◆ *Ось II: Функциональные параметры эмоционального развития.* Эта ось описывает эмоциональное и социальное функционирование ребенка, включая совместное внимание и регуляцию; способность к контакту и отношениям; двусторонний интенциональный, аффективный сигналинг и коммуникацию; длинные цепочки совместно регулируемого эмоционального сигналинга и совместного решения социальных задач; создание символов и идей, а также построение связей между идеями и логическим мышлением.
- ◆ *Ось III: Сенсорно-регуляторные параметры обработки информации.* Эта ось описывает сенсорно-регуляторный профиль обработки информации касательно сенсорной модуляции, сенсорной дискриминации и сенсор-

но-обусловленных моторных способностей, включающих постуральный контроль и моторное планирование. Каждый ребенок демонстрирует уникальный профиль регуляции сенсорной обработки. Различные наблюдаемые паттерны существуют в континууме от относительно нормальных вариантов до расстройств. Последние возникают, когда индивидуальные сенсорные различия достаточно выражены, чтобы вмешиваться в повседневную жизнедеятельность и в соответствующие возрасту эмоциональные, социальные, когнитивные процессы и механизмы научения.

- ◆ *Ось IV: паттерны и расстройства отношений.* Эта ось описывает характеристики паттернов взаимодействия ребенка с родителем и семейные паттерны. Отношения родитель — ребенок оцениваются сквозь призму паттернов родительства, стилей взаимодействия и субъективного опыта и размещаются в континууме от хорошо регулируемых взаимодействий до расстройств отношений.
- ◆ *Ось V: другие медицинские и неврологические диагнозы.*

Критически важно учитывать роль каждой оси во всесторонней диагностике. Каждая ось помогает клиницисту не только сформировать общее видение функционирования ребенка, но и понять роль, которую она играет в патогенезе. Расстройство приема пищи, например, может возникать под влиянием конкретной проблемы сенсорной обработки (Ось III), которая делает ребенка особо чувствительным к введению в рацион новой пищи; либо его может определять медицинское состояние например, гастроэзофагальный рефлюкс (Ось V); либо оно может выражать конфликтный паттерн отношений между ребенком и родителем (Ось IV). Каждое измерение может быть уникальным или превалирующим фактором, но наиболее важно именно переплетение разных измерений. Соответственно, мы предлагаем клиницистам фокусироваться не только на первичных диагнозах, но и на клинической оценке по всем пяти осям.

## **Расширенный подход к клинической оценке состояния**

---

Клиническая оценка состояния в младенчестве и раннем детском возрасте — это динамичный и последовательный процесс, содержащий несколько ключевых шагов. Первые этапы включают диагностику одного или нескольких конкретных расстройств — диагностику, которая отражает уникальное развитие ребенка и индивидуальные различия в моторной, сенсорной, языковой, когнитивной, аффективной сфере и в паттернах отношений. Клиницисту следует рассмотреть конституциональные особенности и нюансы созревания; уровни эмоционального, когнитивного и социального функционирования; функционирование семейной системы, а также детско-родительские отношения и паттерны взаимодействия.

В младенческом и раннем детском возрасте мозг (и, следовательно, разум) не только более быстро растет, чем в какой-либо другой период жизни, он также

в буквальном смысле формирует взаимоотношения между разными его компонентами. В процессе концептуализации расстройств, которые можно целенаправленно лечить и исследовать, жизненно важно с вниманием относиться к этим взаимосвязанным компонентам.

Классификация ИЕС интегрирует все компоненты развития и функционирования в младенческом и раннем детском возрасте. Она может использоваться как «дорожная карта» для понимания взаимодействий между разными компонентами развития ребенка, его семьи и окружения, а также как путеводитель для клинических интервенций. Она предоставляет систематизированный подход, позволяющий описать уникальный паттерн функционирования каждого ребенка. Первичная диагностика выполняется на основе клинического суждения о преобладающем факторе влияния. Прежде чем формулировать первичный диагноз, клиницисту необходимо полностью оценить все оси, чтобы определить разные измерения, вносящие вклад в заявленные проблемы. Когда все эти сведения рассмотрены, клиницист, используя свое клиническое суждение, выбирает преобладающий паттерн.

Клиницисты могут разрабатывать собственные способы оценки младенцев и детей младшего возраста. Любая оценка состояния, однако, требует нескольких сеансов для понимания функционирования ребенка в каждой из сфер развития. Клиническая оценка, таким образом, подразумевает рассмотрение большого числа контекстов и инструментов оценки, которые можно обобщить следующим образом:

- ♦ *Наблюдение за функционированием ребенка.* Уровень и качество социально-эмоциональных, когнитивных, языковых, сенсорных, моторных параметров и параметров отношений можно исследовать с помощью техник наблюдения, начиная со свободной игры и заканчивая структурированными методами наблюдения и оценки.
- ♦ *Наблюдение за паттернами взаимодействия ребенок — родитель или родитель — ребенок.* Большое значение имеет прямое наблюдение за функционированием семьи (т. е. за динамикой семьи и родителей, отношениями родитель — ребенок и паттернами взаимодействия). Для оценки качества взаимодействий можно использовать неструктурированное наблюдение и/или стандартизированные процедуры.
- ♦ *Клинические интервью с родителями.* Такие интервью должны включать оценку анамнеза развития ребенка, природу развитых сторон и затруднений ребенка, родительские репрезентации ребенка и самих себя как родителей, а также качество рефлексивного функционирования родителей. Клиницисту следует получить два уровня сведений: «объективные» данные, например медицинский анамнез ребенка, и «субъективные» данные, состоящие из эмоциональных и аффективных состояний родителей и их психических репрезентаций себя самих и их ребенка, субъективного опыта родителя и качества отношений с ребенком.

Инструменты оценки состояния для клинического использования перечислены в конце разделов, посвященных Осям II—IV.

## Ось I: Первичные диагнозы

Ось I описывает основные диагностические категории и типы расстройств, наблюдаемых в младенческом и раннем детском возрасте (см. таблицы 10.1). В сравнении с тем, что было перечислено в первом издании PDM, «расстройства взаимодействия» не относятся к этой категории. Хотя зачастую бывает очевидно, что паттерны взаимодействия между ребенком и родителем играют основную роль в этих сложностях, у адаптивных и дезадаптивных паттернов могут быть различные пути возникновения. Клиницисту следует рассмотреть роль социально-эмоционального развития, конфликтов, конституциональных вариантов и параметров созревания, а также опыт общения с родителями или иными опекунами и членами семьи, чтобы понять значение каждого наблюдаемого паттерна у конкретного ребенка. Поскольку биологические, конституциональные компоненты и факторы отношений могут оказывать влияние на все расстройства, все первичные диагнозы необходимо помещать на эту ось.

В процессе пересмотра первичных диагнозов мы поместили тревожные расстройства развития и избирательный мутизм в категорию тревожных расстройств, а проблемы с вниманием рассматриваем как симптомы различных расстройств, описанных в категории расстройств сенсорно-регуляторных процессов. В соответствии с ICDL-DMIC мы описываем каждое расстройство Оси I с учетом его первичного паттерна, путей развития и терапевтических следствий.

«Первичный паттерн» описывает симптоматические паттерны, а также субъективный опыт ребенка относительно желаний, чувств, мотивов и мыслей. Даже до того, как ребенок научается репрезентировать или символизировать свой опыт, он способен организовать аффекты и поведение в различные группы, например связанные с теплотой и зависимостью или с ассертивностью и гневом.

«Пути развития» описывают факторы риска и базовые механизмы, которые могут приводить к конкретному расстройству, и траектории развития этого расстройства. Где возможно, PDM-2 выделяет гомотипическую и гетеротипическую преемственность. «Гомотипическая преемственность» определяет состояния значительной однородности расстройств с течением времени (т. е. один и тот же диагноз сохраняется с детского возраста до взрослого). При «гетеротипической преемственности», наоборот, поведение или черты характера принимают разную феноменологию с течением времени. В последнем случае процесс развития, как считается, соединяет различные виды дезадаптивных поведенческих проявлений таким образом, что они, имея явно различное клиническое значение, обусловлены одними и теми же процессами развития и психопатологии. Выявление путей развития психопатологии с учетом психического функционирования, личности и динамики развития позволяет более точно формулировать диагностические прогнозы для индивида. Приводя эмпирические и клинические исследования о преемственности в этой главе, мы ссылаемся на соответствующие главы/оси, которые касаются детей старшего возраста, подростков и взрослых.

## ТАБЛИЦА 10.1

### Основные диагностические категории и типы расстройств, наблюдаемых в младенческом и раннем детском возрасте

---

- IEC01 Расстройства сна
- IEC02 Расстройства кормления и пищевого поведения
- IEC03 Расстройства выделения
- IEC04 Тревожные расстройства
- IEC05 Расстройства спектра и стабильности эмоций
- IEC06 Депрессивные расстройства
- IEC07 Нарушение регуляции настроения:  
уникальный тип расстройства взаимодействия  
и смешанного расстройства сенсорно-регуляторных процессов,  
характеризующийся биполярными паттернами
- IEC08 Пролонгированная реакция горя
- IEC09 Расстройства адаптации
- IEC10 Расстройства травматического стресса
- IEC11 Реактивные расстройства привязанности
- IEC12 Дизруптивное расстройство поведения и оппозиционное расстройство
- IEC13 Гендерное несоответствие
- IEC14 Расстройства сенсорно-регуляторных процессов
  - IEC14.01 Расстройство гиперчувствительности или гиперреагирования
    - IEC14.01.1 Гиперчувствительный или гиперреактивный:  
паттерн с пугливостью и тревогой
    - IEC14.01.2 Гиперчувствительный или гиперреактивный:  
паттерн с негативизмом и упрямством
  - IEC14.02 Гипочувствительный или гипореактивный:  
паттерн с самопоглощенностью
    - IEC14.02.1 Паттерн А: тип с самопоглощенностью и малой доступностью  
контакту
    - IEC14.02.2 Паттерн В: творческий тип с самопоглощенностью
  - IEC14.03 Паттерн с активностью и поиском сенсорной стимуляции
  - IEC14.04 Паттерн с невнимательностью и дезорганизацией
    - IEC14.04.1 С трудностями сенсорного распознавания
    - IEC14.04.2 С трудностями постурального контроля
    - IEC14.04.3 С диспраксией
    - IEC14.04.4 С сочетанием предыдущих трех
  - IEC14.05 Паттерн нарушения школьной и/или академической успеваемости
    - IEC14.05.1 Со сложностями в сенсорном распознавании
    - IEC14.05.2 Со сложностями постурального контроля
    - IEC14.05.3 С диспраксией
    - IEC14.05.4 С сочетанием предыдущих трех
  - IEC14.06 Смешанные паттерны сенсорно-регуляторных процессов
    - IEC14.06.1 Смешанные паттерны сенсорно-регуляторных процессов  
с признаками соматических жалоб и проблемами  
в сфере внимания, эмоций и поведения
    - IEC14.06.2 Смешанные паттерны сенсорно-регуляторных процессов  
без признаков соматических жалоб
- IEC15 Расстройства нервно-психического развития, связанные с отношениями  
и коммуникацией
  - IEC15.01 Тип I: Ранний символический, с ограничениями
  - IEC15.02 Тип II: Целенаправленное решение задач, с ограничениями
  - IEC15.03 Тип III: С перемежающейся вовлеченностью и целеустремленностью
  - IEC15.04 Тип IV: Бесцельный и нерешительный

«Терапевтические следствия» для каждого расстройства перечислены в соответствии с клинической литературой.

Прежде чем перейти к детальному описанию расстройств Оси I, приведем предварительный комментарий к трем первым категориям — расстройствам сна, питания и кормления и выделения. Трудности со сном или питанием, а также трудности с приучением к туалету и выделением у более старших детей часто встречаются в младенческом и раннем детском возрасте. Иногда они бывают единственными трудностями, с которыми сталкивается ребенок. Зачастую такие трудности возникают в ответ на проблемы во взаимоотношениях, включая травму, тревогу, реакции адаптации к изменениям, болезням или психосоциальному стрессу. Набор симптомов часто определяется лежащими глубже сенсорными и/или моторными уязвимостями в сочетании с тревогами периода развития и/или паттернами взаимодействия. Трудности со сном, едой, приучением к туалету и выделением также могут относиться к расстройствам сенсорно-регуляторных процессов. Профиль развития ребенка всегда отражает относительный вклад конституциональных вариантов созревания, отношений с родителями и семьей, а также средовых факторов.

## **IEC01 Расстройства сна**

---

Ключевая задача развития первых трех лет жизни — установление цикла сон — бодрствование. У детей в этот период часто возникают либо транзиторные, либо длительные нарушения сна. В ходе развития и регуляция, и временные характеристики сна претерпевают значительные изменения; это проявляется не только в появлении суточной ритмичности, но также касается изменений в соотношении времени, которое дети проводят в каждом отрезке сна и в целом в состоянии сна. Хотя многие из этих изменений касаются процесса созревания, средовой контекст, к которому они должны адаптироваться, влияет на развитие паттернов сна и бодрствования. За фасилитацию развития саморегуляции паттернов сна ответственна аффективная и социальная регуляция, которую предоставляет окружение — первичные опекуны и семья. Каждый день происходит множество переходов между сном и бодрствованием, и каждый из них предлагает возможность для гомеостатической (голод, температура, баланс жидкости) и аффективной (сепарация, воссоединение, комфорт, безопасность) регуляции. Развитию саморегуляции и поддержанию безопасных отношений привязанности в ходе этих переходов способствуют внимание и чуткость со стороны родителей. Их неспособность стабильно реагировать и предсказуемым образом поддерживать ребенка во время этих переходов ведет к плохой регуляции и дисрегуляции.

Множество факторов влияют на формирование проблем в этой сфере. Нарушения паттернов сна могут происходить вторичным образом по отношению к болезни, смене места проживания, изменениям в процессе развития и другим стрессорам, но эти паттерны обычно восстанавливаются с возобновлением безопасных и успокаивающих отношений. Иногда, однако, здоровый режим

сна изначально не устанавливается из-за нестабильности времени или условий для сна либо из-за того, что родителям сложно помочь ребенку научиться засыпать самостоятельно. Некоторым детям для засыпания необходимо укачивание или пустышка. Родители не всегда осваивают другие техники, чтобы помочь ребенку успокоиться и заснуть самостоятельно. У некоторых детей сохраняются дезорганизованные тенденции, которые берут начало в беспокойном, чувствительном периоде раннего младенчества и сохраняются даже после того, как процессы созревания, по всей видимости, разрешают остальные сложности этого периода. В иных случаях окружающая среда слишком хаотична для поддержания режима и безопасности, что ведет к дезорганизации паттернов сна.

Также необходимо учитывать еще один фактор — культурные традиции семьи. Расстройства сна в некотором смысле существуют «в глазах смотрящего». Жалобы на нарушения сна могут отражать восприятие и чувства родителей, у которых толерантность к нерегулярным или нарушенным паттернам сна может варьироваться и у которых также могут быть похожие паттерны. В культурах, где совместный сон с ребенком приемлем и нормален, идея о том, чтобы помочь ребенку научиться засыпать самостоятельно, может оказаться чуждой. То, что выглядит как нарушение сна для одного родителя, может не выглядеть таковым для другого. Таким образом, развитие процессов сна характеризуется значительным диапазоном индивидуальной вариативности, что делает установление «нормы» несколько затруднительным.

### **Предъявляемый паттерн**

У младенцев и детей младшего возраста могут возникать трудности с отходом ко сну, когда они впервые ложатся спать, либо они могут просыпаться и затем не могут заснуть самостоятельно. Некоторые беспокойные и чувствительные дети редко просыпаются в ночное время. Многим детям трудно как заснуть (нарушение засыпания), так и проснуться ночью (нарушение ночного пробуждения), поэтому ясное разделение между подтипами не всегда оправданно. Нарушение сна также может возникать, когда ребенок, у которого уже начинает развиваться символическое мышление, просыпается от ночного кошмара и не может понять, что реально, а что нет. Кошмары, тревожные сны, от которых ребенок просыпается ночью, возникают во время быстрого сна (фаза сна с быстрыми движениями глаз, англ. rapid eye movement, REM. — *Прим. пер.*) и приводят к полному пробуждению ребенка, который помнит и может пересказать содержание сна. Содержание снов до 8 лет обычно компактное и конкретное. Ночные кошмары (REM-парасомния) следует отличать от ночных страхов (NREM-парасомния), которые возникают при пробуждении от глубокого сна (стадии NREM 3–4) и часто включают когнитивную дезориентацию, автономные процессы и нарушения в работе скелетной мускулатуры. Ночные страхи, наиболее частые парасомнии среди детей дошкольного возраста, по-видимому, проходят с возрастом — этот феномен, как полагают, относится к созреванию центральной нервной системы.

Поскольку дети младшего возраста редко строго соответствуют критериям диагноза, для обозначения потенциальных предшественников более поздней

полноценной диссомнии (DC: 0–3R) используют термин «протодиссомния» (протодиссомния засыпания / ночного пробуждения). Диагноз протодиссомнии не может быть поставлен до 1 года. Критерии длительности подразделяются на: «неоднородности» (один эпизод в неделю в течение по крайней мере одного месяца) считаются вариантами нормального развития; «нарушения» (от двух до четырех эпизодов в неделю в течение по крайней мере одного месяца) рассматриваются как возможный риск возникновения ограничивающих состояний; «расстройства» (от пяти до семи эпизодов в неделю в течение по крайней мере одного месяца) обычно длительны и требуют интервенции. Определенно, существуют дети с трудностями со сном до 1 года; однако отношения ребенка с родителем, семьей и контекстом окружения могут требовать большего внимания, чем проблема ребенка со сном. В случае с ребенком младшего возраста важно исключить медицинские причины нарушений сна, такие как инфекции среднего уха, запор, гастроэзофагальный рефлюкс, аллергии, атопический дерматит и астма. Иногда даже после успешного медицинского лечения проблема со сном может сохраняться из-за паттернов взаимодействия родитель — ребенок, которые развились во время острого периода болезни.

Расстройства сна могут возникать под влиянием взаимодействий между родителями и детьми. Отношения детей с этими проблемами часто характеризуются выраженной эмоциональной несамостоятельностью, негативизмом и импульсивностью, и в разных семьях и у разных детей преобладают разные элементы этого паттерна. Некоторые родители, узнав, что их ребенок может заснуть с другими, но не с ними, испытывают чувство собственной несостоятельности. Родители могут винить друг друга за то, что им не удается уложить ребенка спать, особенно если до этого между ними существовали конфликты. Конфликты также могут поддерживать расстройство сна, поскольку ребенок улавливает напряжение между родителями.

## Пути развития

Исследования (Anders & Dahl, 2007; Anders, Goodlin-Jones & Sadeh, 2000; Goodlin-Jones & Anders, 2004) показали, что ночные пробуждения сами по себе не составляют проблемы. Обычно у детей в течение первого года жизни бывает от одного до трех пробуждений за ночь. К 12 месяцам 70% детей могут заснуть самостоятельно, не требуя внимания родителей. Таким образом, около 30% детей зовут родителей и, по-видимому, нуждаются в их поддержке, чтобы заснуть; этих детей называют «сигналистами» (англ. *signalers*. — *Прим. пер.*). Другим детям, которых называют «успокаивающимися самостоятельно» (англ. *self-soother*), намного лучше удается заснуть самостоятельно после пробуждения. Даже среди детей, начинающих ходить, очень немногие спят в течение всей ночи подряд.

По мере развития дети, однако, постепенно переходят от сигналинга к самоуспокоению. Интересно, что исследования с длительным периодом наблюдения обнаружили, что дети, которые остаются сигналистами в возрасте 6–12 месяцев (33% от общей выборки), с большей вероятностью соответствовали критериям расстройства засыпания и спали совместно со взрослыми в возраст-

те двух лет. Сон в комнате родителей в возрасте 12 месяцев являлся предиктором ночных пробуждений в двухлетнем возрасте. Сообщалось, что приблизительно 25% детей спали совместно с родителями на каждом этапе наблюдения, но лишь 33% родителей рассматривали это поведение как проблематичное (Goodlin-Jones & Anders, 2004; Goodlin-Jones, Burnham, Gaylor & Anders, 2001; Tikotzky & Sadeh, 2009).

Паттерны сна развиваются прежде всего посредством транзакций между характеристиками ребенка и окружением. Для понимания, как развиваются паттерны сна, важно учитывать все компоненты этой транзакционной модели, включающей поведение ребенка и его характеристики, взаимодействия родитель — ребенок, а также ожидания, культурные ценности и психологическое благополучие родителей. Исследования матерей, имеющих детей с расстройствами сна, классифицировали их как демонстрирующих небезопасный стиль привязанности в сравнении с контрольной группой матерей. Роль, которую играют характеристики родителей, в особенности расстройства настроения у матерей, в формировании проблем со сном в младенческом возрасте, привлекала значительное внимание. Во многих исследованиях (Goodlin-Jones & Anders, 2004; Gregory et al., 2005; Tikotzky & Sadeh, 2009; Warren, Howe, Simmens & Dahl, 2006) была высказана точка зрения, что материнская депрессия может быть связана с трудностями со сном у младенцев. Депрессия у матерей встречалась чаще в диапазоне возрастов детей от 8 месяцев до 3 лет с расстройствами сна, чем у детей без расстройств сна, а более высокие уровни депрессивных чувств у матерей были связаны с меньшим количеством случаев самоуспокоения в ночное время у детей до 1 года. Кроме того, высокие уровни сепарационной тревоги у матерей однолеток были значимо связаны с ночными пробуждениями у их детей. Когда тревога родителей высока, помимо того что они иногда пропускают сигналы от ребенка, поскольку заняты своими переживаниями, они также могут фокусировать свою тревогу на ребенке. Они могут беспокоиться по поводу способности ребенка справиться с обычными проблемами, и, с учетом их чувства, что им необходимо чрезмерно защищать ребенка или учить избегать сложностей, для них может быть трудно предоставлять ребенку возможности развить саморегуляцию. В таких случаях растущая тенденция ребенка к тревоге и избеганию сложностей может дополнительно подкрепить его восприятие родителями как уязвимого, и родители могут пытаться оберегать ребенка еще более интенсивно.

Материнские депрессивные симптомы, как оказалось, также служат предикторами большей длительности периодов пробуждения ребенка как для трехлетней траектории развития, так и для периодов с 15-го по 24-й и с 24-го по 36-й месяц. Эти периоды описаны как периоды роста автономии, самоосознания и саморегуляции ребенка и могут представлять важное время для консолидации паттернов сна. Исследования детей с депрессивными матерями обнаружили, что такие матери ведут себя со своими детьми более отчужденным или интрузивным образом. Такое поведение может пересекаться с внешними стратегиями успокоения и, таким образом, не способствовать развитию внутренних тактик самоуспокоения. Материнская депрессия, как было показано, коррелирует с жизнью в неблагопри-

ятных обстоятельствах, с более высоким уровнем конфликта брачных отношений и меньшим уровнем поддержки. В подобных обстоятельствах также часто встречается депрессия у отцов и/или психосоматические симптомы (Goodlin-Jones & Anders, 2004; Gregory & O'Connor, 2002; Warren et al., 2006).

Исследования показали, что без эффективного вмешательства у детей с трудностями с засыпанием в раннем детстве сохраняются проблемы со сном и позднее (Anders & Dahl, 2007; Gregory et al., 2005; Gregory & O'Connor, 2002; Warren et al., 2006). Сложности со сном могут оказывать влияние на развитие аффективных, когнитивных, языковых процессов и внимания, а также, как было обнаружено, являются предикторами более поздних проблем с регуляцией поведения. Сепарационное тревожное расстройство (также часто связанное с трудностями со сном в раннем детском возрасте) с возрастом встречается реже, но более частыми становятся генерализованное тревожное расстройство и социальная фобия. Лонгитюдные исследования с периодом наблюдения до подросткового и взрослого возраста (Gregory et al., 2005; Gregory & O'Connor, 2002) показали, что дети со стойкими трудностями с засыпанием в детстве находятся в зоне более высокого риска развития последующего тревожного и/или депрессивного состояния. Эти исследования выявляют сложные и двунаправленные взаимоотношения между сном и аффективными расстройствами.

### **Выводы в отношении лечения**

Приблизительно от 10 до 47% родителей детей, поступающих в детские психиатрические клиники, сообщают о проблемах со сном. Интересно, что средний возраст детей на момент осмотра старше 30 месяцев. Хотя у педиатров есть хорошие возможности для профилактики и интервенции в течение первых пяти лет жизни ребенка, некоторые специалисты (и родители) полагаются на подход «поживем — увидим». Таким образом, клиницисты часто впервые начинают работать с проблемами со сном только в дошкольном возрасте.

При осмотре ребенка с проблемами сна необходимо получить подробный анамнез сна. Но также необходимо интересоваться привычками относительно сна у всех детей с проблемами в поведении. Некоторые случаи синдрома гиперактивности с дефицитом внимания могут быть проявлением нарушений сна, а не настоящего синдрома; задержка развития также может быть связана с нарушениями сна. Существует четыре области, которые необходимо оценивать: (1) подробности проблем со сном, а также то, для кого именно это представляет проблему; (2) характеристики ребенка, такие как темперамент и болезни; (3) паттерны взаимодействия родитель — ребенок, а также (4) контекстуальные факторы, включая как факторы ближайшего окружения (характеристики родителей и семейный контекст), так и более широкие факторы наподобие культуры и окружения.

Среди выводов исследований проблем сна в раннем детстве одним из наиболее стабильных наблюдений является влияние взаимодействий между родителем и ребенком в качестве «регулятора» переходов между сном и бодрствованием на процесс консолидации. С точки зрения транзакционной модели

интервенции должны быть основаны на отношениях и сфокусированы на факторах, которые влияют на оптимальную регуляцию взаимодействий между родителем и ребенком. Иначе говоря, каждая интервенция должна быть индивидуально настроена для конкретного ребенка и семьи. Существуют, однако, общие рекомендации, которые могут быть полезны для всех детей с проблемами засыпания. Важно помочь родителям установить регулярный режим и ритуал отхода ко сну. Для маленького ребенка это означает, что после купания родитель остается с ребенком в комнате и читает ему книгу. Родителям следует заранее продумать, сколько книг они готовы прочитать, поскольку дети любят откладывать отход ко сну, прося прочитать одну книгу за другой. Также может пригодиться мягкая игрушка, которую ребенок может держать, пока родитель читает, и которую родитель может включить в процесс чтения. Например, родитель может сказать: «А твой зайчонок будет слушать вместе с тобой». Когда рассказ окончен, родитель может сказать ребенку: «Теперь крепко обнимай своего зайчика, потому что вы оба ложитесь под одеяло и будете засыпать вместе». Со многими детьми может помочь спокойная музыка, которая служит в качестве условного стимула для засыпания. Родителям важно объяснить этот ритуал ребенку перед началом, и они могут сказать, что выйдут из комнаты, когда ребенок заснет.

### **Клиническая иллюстрация**

Мария, двухлетняя девочка, страдала от серьезной проблемы, связанной с ночными пробуждениями, и отказывалась ложиться спать. Когда Мария начинала хулиганить перед укладыванием и не могла успокоиться, плача и протестуя, что могло длиться от 1 до 3 часов каждый вечер, ее родители чувствовали себя совершенно беспомощными. Ее отец сказал, что не мог уложить ее на спину, потому что она сопротивлялась; он беспокоился, что, если бы попытался приложить силу, он мог бы повредить ей спину. Ее мать связывала расстройство сна Марии с возможными органическими проблемами вследствие ее собственной депрессии во время беременности; таким образом, она прикладывала все силы, чтобы успокоить ее, акцентируясь на физическом комфорте, но не на эффективном утешении. У Марии нарастали признаки сепарационной тревоги, что включало истерики, затяжной плач и цепляние за мать при попытках отдалиться, а также отказ от дневного сна в яслях. Ее мать сообщала о чувстве вины и страха, когда оставляла дочь в яслях. Оба родителя испытывали все более интенсивный гнев и фрустрацию из-за такого контроля над ними со стороны дочери.

Когда эти вопросы были подняты в ходе лечения, мать описала собственное чувство некомпетентности и неспособность отстаивать свою позицию. Это понимание было использовано для проработки и изменения паттернов взаимодействия с Марией, которые поддерживали ее чувство всемогущества, контроля и ее требовательность. Лечение включало образовательную работу, касающуюся важности автономии для Марии и переопределение того, что происходило во время беременности матери, направленное на исследование ее чувства вины и убеждения, что она нанесла вред дочери в тот период времени. Психодинамическое исследование обнаружило, что отец испытывал трудности из-за агрессии

и соревновательности. В его сознании установление границ было агрессивным; таким образом, он воздерживался от твердости в собственном поведении по отношению к дочери. Ему помогли понять его собственное чувство уязвимости, которое формировало его восприятие Марии как уязвимой и хрупкой. Контрольное наблюдение через два года подтвердило улучшение во всех аспектах функций отношений, включая регуляцию сна и бодрствования.

## **IEC02 Расстройства кормления и пищевого поведения**

---

Расстройства пищевого поведения, как и расстройства сна, могут быть симптомом множества расстройств взаимодействия либо представлять расстройства регуляции с сенсорной гиперчувствительностью и орально-моторные проблемы. Также они могут отражать остаточную тревогу после разрешения биологических проблем, например расстройств желудочно-кишечного тракта, рефлюкса и других заболеваний, которые могут вызывать тревогу и снижать удовольствие, связанное с питанием. Кормление как феномен тесно встроено в отношения: дети постепенно учатся все лучше самостоятельно регулировать процесс кормления, и родители предоставляют контекст для этих нормальных трансформаций. И все же многие диагностические критерии расстройств кормления и пищевого поведения фокусируются исключительно на младенце, а не на отношениях, связанных с кормлением. Исключая феномены отношений, мы игнорируем важные эмпирические сведения, связывающие аспекты окружения с кормлением ребенка и расстройствами пищевого поведения. Есть данные о том, что проблемы с кормлением возникают приблизительно у 25% в остальном нормально развивающихся младенцев, а доля детей с трудностями развития и проблемами кормления может достигать 80%. Кроме того, у 1–2% детей обнаружены серьезные трудности с кормлением, связанные с недостаточным набором веса. Расстройства кормления не только нарушают раннее развитие ребенка; также они связаны с более поздними дефицитами в когнитивном развитии, проблемами в поведении, тревогой и расстройствами пищевого поведения в детском, подростковом и юношеском возрасте. Взаимодействия между родителями и детьми значительно влияют на расстройства пищевого поведения. Например, в отсутствие адекватного ухода питание может становиться источником комфорта и самоуспокоения, на который возлагаются избыточные ожидания. В отсутствие символического выражения гнев, страх или отвержение могут выражаться в отказе от еды.

### **Предъявляемый паттерн**

Расстройство пищевого поведения может включать малый объем потребляемой пищи или нерегулярные приемы пищи, отказ от еды, рвоту, ограничения в питании или неутолимый голод. Поскольку здоровье и вес ребенка часто рассматривают как признаки «хорошего» ухода, проблемы с питанием ребенка могут становиться огромным источником беспокойства, стресса и чувства неадекват-

ности для родителей. В прошлом для всех расстройств кормления использовался собирательный термин «отсутствие прибавки в весе» (англ. failure to thrive, FTT). Изначально клиницисты проводили разделение между двумя формами: «органической» и «неорганической» FTT. Органическая FTT представляла задержку роста, которую можно отследить до диагностируемой медицинской причины. Неорганическая FTT, как считалось, отражала синдром лишения матери или психопатологию у родителей. Позднее была добавлена третья категория, которая описывала задержку роста, связанную с сочетанием органических и средовых факторов. В последние годы использование термина FTT подвергается острой критике. Главное соображение состоит в том, что не у всех младенцев с нарушениями кормления наблюдается задержка роста. В соответствии с этим взглядом некоторые клиницисты высказали мнение, что FTT представляет скорее синдром, а не диагностическую категорию. Для рассмотрения вопроса о том, как провести различие между разными тяжелыми расстройствами кормления и отличить их от преходящих и более легких форм трудностей с кормлением, была разработана классификация в рамках DC: 0–3R, которая описывает феноменологию и предоставляет операциональные диагностические критерии для шести подтипов расстройств кормления. Она не всеобъемлюща, но покрывает наиболее распространенные расстройства кормления, связанные с поведенческими симптомами:

- ◆ *Расстройство кормления с нарушением регуляции состояния* начинается в постнатальном периоде и характеризуется нерегулярным, малым или неадекватным потреблением пищи. Младенцы демонстрируют сложности с регуляцией состояний: некоторые из них могут быть слишком возбудимыми, чрезмерно много плакать, не могут успокоиться для кормления; другие слишком много спят и не могут проснуться или бодрствовать достаточно долго, чтобы адекватно питаться. Родители часто страдают из-за возбудимости ребенка и трудностей с кормлением и могут испытывать тревогу или депрессию либо и то и другое или же могут демонстрировать более серьезную психопатологию. Лонгитюдные исследования показывают, что ранние проблемы с регуляцией состояния и питания могут предрасполагать ребенка к тому, чтобы иметь расстройства пищевого поведения в будущем.
- ◆ *Расстройство кормления с нарушением взаимодействия ребенка и родителя* характеризуется недостаточным взаимодействием между родителем и младенцем, что ведет к неадекватному потреблению пищи и нарушению роста ребенка; основная проблема здесь, по-видимому, лежит в неспособности родителя поддерживать контакт с ребенком. В возрасте между 2 и 6 месяцами основные взаимодействия младенца и родителя связаны с процессом кормления, а регуляция потребления пищи — с эмоциональной связью ребенка с родителем. Если ребенок и родитель не находятся в контакте друг с другом, процесс кормления или набора веса может страдать, и эмоциональное и социальное развитие ребенка нарушается.
- ◆ *Младенческая анорексия* начинает проявлять себя до возраста 3 лет, когда происходит переход к самостоятельному питанию и когда возникают во-

просы автономии и зависимости, которые родителю и ребенку необходимо урегулировать. Дети с анорексией съедают очень малое количество еды и отказываются открывать рот, чтобы съесть еще. Они бросают еду и посуду, а также могут выбираться из своих детских кресел и бегать вокруг. Большинство родителей сообщают, что такие дети активны, игривы, любопытны и общительны, но демонстрируют мало сигналов голода и не интересуются едой. О таких детях говорят, что они могут в продолжение многих часов в течение дня не проявлять никаких сигналов голода. Некоторые родители начинают настолько тревожиться, что пытаются кормить детей, когда те готовы открыть рот, а некоторые настолько отчаиваются, что прибегают к принудительному кормлению. У малышек с младенческой анорексией, как было обнаружено, более высокий уровень физиологического возбуждения, и им сложнее снижать уровень своего возбуждения. Это может объяснить, почему они так плохо осознают состояние голода: они, похоже, слишком возбуждены игрой и радуются общению, но им трудно переключиться с этих приятных видов деятельности. Исследования, проведенные в разных центрах, обнаружили значительные корреляции между сложным темпераментом ребенка, нерегулярным питанием и паттернами сна, негативным и упрямым поведением детей и конфликтами между матерью и ребенком во время кормления. В то же время конфликты между матерью и ребенком во время кормления значительно коррелируют с небезопасным стилем привязанности матери к своим родителям, ее стремлением к худобе, а также булимией, тревогой и депрессией у нее. Наконец, конфликты при кормлении в большой степени коррелируют с весом ребенка: чем больше конфликтов между матерью и ребенком, тем меньше вес ребенка.

- ◆ *Сенсорные пищевые аверсии* подразумевают отказ от еды на основе вкуса, текстуры, температуры или запаха конкретных продуктов. Когда ребенка кормят конкретными продуктами, его аверсивные реакции могут проявляться в гримасах, выплевывании пищи и вытирании языка или рта, в отрыжке и рвоте. Чаще всего дети начинают демонстрировать аверсивные реакции, когда им предлагают детское питание с другими вкусами или текстурами, либо на втором году жизни при введении разных блюд домашнего приготовления. Помимо сенсорных пищевых аверсий многие из таких детей испытывают реакции гиперчувствительности и в других сферах (например, отказ касаться влажных продуктов, сопротивление при мытье головы или надевании одежды с бирками, отказ от прогулок по песку или траве). Если родители не понимают причины отказа ребенка от еды и слишком настойчиво путем просьб, уговоров, угроз или принудительного кормления пытаются заставить ребенка есть, у ребенка могут усиливаться страх и ограничивающее отношение к приему пищи.
- ◆ *Расстройство кормления, связанное с сопутствующим медицинским состоянием*, характеризуется сочетанием органических проблем и психологических трудностей и ведет к тяжелым проблемам с кормлением и набором веса. Например, при наблюдении за взаимодействиями между матерью и ребенком с гастроэзофагальным рефлюксом во время кормления могут наблюдаться

проблемы, включающие поперхивание/отрыгивание, отказ от еды, выгибание, а также дистресс у матери. Дети ассоциируют кормление с болью и в ожидании кормления могут плакать, отказываться от еды вообще, у них может развиваться посттравматическое расстройство кормления.

- ◆ *Расстройство кормления, связанное с травматическим воздействием на желудочно-кишечный тракт* (также известное как *младенческое посттравматическое расстройство кормления*), — это состояние, при котором отказ от еды возникает после травматических событий в области ротоглотки или в желудочно-кишечном тракте. После инцидента с поперхиванием, отрыжкой или рвотой либо после силовых воздействий на ротоглотку ребенок начинает бояться еды и отказывается пить из бутылочки или есть любую твердую пищу, в зависимости от того, с чем ассоциируется опасный опыт ребенка с едой. Часто такие дети до инцидента испытывают некоторую фоновую тревогу, а затем их тревога фокусируется на опасности, связанной с едой. Отказ от еды со стороны ребенка может быть настолько выраженным, что может вызывать у родителей серьезную тревогу, и они могут уговаривать или отвлекать ребенка, предлагать различные продукты и пытаться кормить ребенка днем и ночью без всякого успеха. Некоторые маленькие дети боятся пить из бутылочки, когда бодрствуют, но могут пить во время сна. Однако, если они просыпаются и видят бутылку, они ее отталкивают и плачут.

## Пути развития

Обретение автономной внутренней регуляции кормления — это важный этап процесса развития в течение первых лет жизни. Младенец все лучше осознает сигналы голода и сытости и реагирует, транслируя интерес к еде в состоянии голода и прекращая принимать пищу при сытости. Это развитие автономной внутренней регуляции разворачивается в три этапа: (1) регуляция состояния, (2) диадическая реципрокность и (3) переход к самостоятельному питанию и регуляции эмоций.

У большинства детей есть особенный вид плача при голоде, в отличие от других видов плача, например при боли, страхе или усталости. В идеале эти разные виды плача становятся для родителей все более различимыми в течение первых недель жизни, и, таким образом, развивается коммуникативная система, которая позволяет ребенку выражать потребности. Для успешного кормления, однако, младенцу необходимо сохранять состояние спокойного бодрствования. Если дети не могут успокаиваться для кормления или, наоборот, если слишком сонливы, чтобы брать грудь или бутылочку, в результате кормление и для родителей, и для ребенка становится неэффективным и вызывает стресс.

Взаимно регулируемый родителем и ребенком процесс кормления не может развиваться или может быть нарушен, если сигналы голода ребенка слабы или их трудно считать либо если родители озабочены собственными потребностями и не способны настроиться на потребности ребенка. У родителя и ребенка могут не развиваться реципрокные отношения, и ребенок может оказаться в зоне риска развития расстройства кормления с нарушением взаимодействия.

Между 6 месяцами и 3 годами в процессе созревания моторных и когнитивных функций ребенок становится более физически и эмоционально независимым. Баланс между автономией и зависимостью в ходе взаимодействий родителя и ребенка вокруг процессов кормления необходимо регулировать каждый день. По мере того как дети становятся более самостоятельными, родителям необходимо способствовать их обучению питаться самостоятельно. Во время этого перехода к самостоятельному кормлению младенец нуждается не только в понимании разницы между голодом и сытостью, но также в отделении физических ощущений голода и насыщения от эмоциональных переживаний (таких, как комфорт, привязанность, гнев, фрустрация). Если родитель неверно интерпретирует эмоциональные сигналы ребенка и реагирует на желание комфорта кормлением, ребенок может перепутать голод с эмоциональным переживанием и установить ассоциацию между едой и эмоциональным успокоением. Младенцы, которые демонстрируют слабые сигналы голода, часто вызывают повышенную тревогу у родителей. Исходя из заботы о потребности ребенка в питании, родитель может не принимать во внимание сигналы ребенка, пытаясь его кормить, даже если ребенку неинтересно и он не открывает рот. Это может приводить к силовым противостояниям вокруг кормления, которые лишь усугубляют отказ ребенка от еды. И наоборот, если ребенок посылает слабые сигналы насыщения и его легко успокоить кормлением при дистрессе, родители могут способствовать тому, что ребенок учится больше есть при эмоциональном дистрессе или при поиске удовольствия.

На каждом этапе развития характеристики родителя и ребенка могут пересекаться с установлением баланса между взаимной регуляцией кормления и внутренней регуляцией кормления. Когда это случается, могут развиваться дезадаптивные паттерны кормления.

На сегодняшний день в нескольких исследованиях (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010; Chatoor, 2002, 2009) наблюдали детей с расстройствами кормления в течение некоторого периода времени. За исключением двух исследований младенческой анорексии (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio & Chatoor, 2012; Chatoor, 2005, 2009), другие лонгитюдные исследования, которые фокусировались на развитии детей с проблемами кормления, не пытались проводить различие между подтипами расстройств кормления. В результате не очень известно, как конкретные расстройства кормления в раннем детстве соотносятся с расстройствами пищевого поведения в подростковом и взрослом возрасте.

В современной литературе младенческая анорексия — это наиболее исследованное и известное расстройство кормления. Кросс-секционные исследования (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio & Chatoor, 2010; Chatoor, 2002, 2005, 2009; Lucarelli, Cimino, D'Olimpio & Ammaniti, 2013) выявили дисфункциональные взаимодействия между матерью и ребенком во время кормления, особенно диадические конфликты; «трудный темперамент» и сложности с эмоциональной регуляцией в детей, а также психопатологический профиль их матерей, который характеризуется депрессией и дисфункциональными пищевыми установками. Этот паттерн нарушенного пищевого поведения и эмоциональных симптомов как у детей, так и у родителей подтверждает недавние наблюдения,

которые показывают, что в возникновении и поддержании младенческой анорексии реципрокно участвуют конфликты диадических взаимодействий, психопатология матери, трудный темперамент и эмоциональные проблемы ребенка. В большом лонгитюдном исследовании, проведенном в Италии (Ammaniti et al., 2012), наблюдали за детьми с младенческой анорексией, сравнивая их со здоровыми детьми из контрольной группы, в возрасте 5, 8 и 11 лет. Дети с анорексией получали мало интервенций и демонстрировали более естественное течение этого расстройства кормления. Около 70% детей с младенческой анорексией при наблюдении демонстрировали текущие проблемы с питанием и более высокие баллы по тревоге, перепадам настроения, агрессивному поведению и соматическим жалобам по сравнению с контрольной группой. Это исследование показало значительные корреляции между питанием у матерей и детской психопатологией, а также интернализацией проблем. Исследование лечения, проведенное в Вашингтоне, округ Колумбия (Chatoor, 2002, 2005, 2009), в котором участвовали дети возрастом от 1 до 3,5 года, было основано на этих наблюдениях. Лечебная модель «фасилитации внутренней регуляции питания» включала обучение родителей: им помогали устанавливать регулярный режим приема пищи, воздерживаться от отвлекающих действий и уговоров детей поесть, а также устанавливать границы относительно неадекватного пищевого поведения. Наблюдательное исследование (Chatoor, 2005, 2009), в котором участвовали те же дети уже в возрасте 7–13 лет, продемонстрировало, что две трети детей переросли свои проблемы с питанием и ростом, в то время как у одной трети сохранялись плохой аппетит, сниженный интерес к еде и недостаток роста, также у них развились расстройства сна и тревожные расстройства. Отсутствие регулярного режима приема пищи в семье, а также пропуски обеда в школе значительно выделяли группу с недостатком роста по сравнению с группой выздоровевших.

### **Выводы в отношении лечения**

Оценка проблем кормления у ребенка должна начинаться с подробного клинического интервью с родителями, в которых эти трудности должны быть рассмотрены наряду с путями развития, медицинским и семейным анамнезом. Это интервью критически важно для того, чтобы выяснить, когда начались проблемы с кормлением, а также выявить медицинские состояния, которые могут вмешиваться в процесс кормления, или травматический опыт, который мог стать для них спусковым механизмом. За этим интервью должны следовать непосредственные наблюдения за ребенком и его родителями или первичным опекуном в процессе игры и кормления. Цель этого — выяснить обстоятельства того, как и когда взаимодействия начинают разлаживаться. Такие наблюдения — это ключ к пониманию клинициста относительно того, как способствовать развитию взаимно регулируемых взаимодействий кормления. Наблюдения игровых взаимодействий позволяют клиницисту установить, отражают ли проблематичные взаимодействия более фундаментальные проблемы в отношениях между родителем и ребенком. Например, материнская интрузивность и диади-

ческие конфликты во время игры являются показателем серьезных проблем, которые необходимо принимать во внимание в процессе диагностики и планирования лечения.

Помимо прочего, необходимы новые исследования характеристик детей и родителей, связанных с различными расстройствами кормления, чтобы улучшить качество профилактики и лечения (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010; Chatoor, 2002, 2005, 2009; Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell & Murray, 2004; Lucarelli et al., 2013). Предварительные исследования показывают, что лечение, которое является эффективным для одного типа расстройств питания, может быть неэффективным или даже противопоказанным при другом типе. В особенности это касается младенческой анорексии: терапевтический подход должен иметь двойной фокус внимания на ребенке и на родителях. Более того, фасилитация внутренней регуляции питания посредством обучения родителя является эффективной интервенцией для детей с младенческой анорексией. И наоборот, при расстройствах кормления, связанных с травматическим воздействием на желудочно-кишечный тракт, лечение должно сочетать в себе интервенции, направленные на десенситизацию ребенка и психологическую поддержку родителей. В случае сенсорных пищевых аверсий, которые расцениваются как менее тяжелые расстройства кормления относительно вовлеченных в них переменных, связанных со взаимодействием и индивидуальными особенностями, может быть эффективной помощь родителям в понимании сенсорных трудностей их ребенка относительно вкуса, текстуры, температуры или запаха конкретных продуктов.

### **Клиническая иллюстрация**

Альберту было 15 месяцев, когда он попал на прием в связи с отказом от еды и недостаточным набором веса. Его мать сообщила, что она начала беспокоиться о питании Альберта, когда ему было 8 месяцев. Его моторное развитие шло быстрыми темпами, и в том возрасте он уже ходил, держась за мебель. Он хотел ходить и протестовал, когда его сажали в детское кресло. Когда мать усаживала его туда, он отказывался открывать рот, забирал у нее ложку и бросал ее. Тогда она стала отказываться от использования детского кресла и попыталась кормить его, пока он гулял вокруг и играл с игрушками. На момент осмотра мама была измотана и чувствовала себя в ловушке из-за паттерна поведения Альберта. Интервью с родителями выявило, что мать Альберта тоже плохо ела, когда была маленькой. Она вспоминала «бои за еду» со своими родителями, которые длились в ходе всего детства и подросткового возраста. Она признала, что часто забывала есть, когда была очень занята, и что не могла есть в состоянии дистресса. Отец сообщил, что у него был хороший аппетит и он всегда был высоким и атлетичным.

Родителям помогли понять, что Альберт являлся развитым мальчиком, который, видимо, был слишком занят исследованием мира, чтобы уделять внимание своим внутренним сигналам голода, и что терапевтической задачей было помочь Альберту лучше осознавать свой голод и научиться сидеть на своем детском стуле, пока его животик не наполнится. Родителям также помогли разрабо-

тать ежедневное расписание трех регулярных приемов пищи и одного перекуса, между которыми ребенок мог только пить воду, чтобы помочь Альберту почувствовать голод. Родители обнаружили, что кормление его маленькими порциями, по-видимому, поддерживало в нем интерес к еде. Отец начал предвкушать возвращение домой на семейный ужин, и, казалось, ему стало проще устанавливать границы для Альберта. Последний, казалось, чувствовал голод во время некоторых приемов пищи, но его обычный паттерн заключался в том, что после обильного приема пищи он ел намного меньше в течение следующего. В целом его питание улучшилось, и он стал спокойнее во время приема пищи. Родители были воодушевлены прогрессом, которого они достигли, помогая Альберту реагировать на его внутренние сигналы голода и насыщения, и сообщили, что они начали приятно проводить время вместе за ужином.

## **IEC03 Расстройства выделения**

---

Расстройства выделения включают функциональный энурез и энкопроз. Существует первичный тип, при котором ожидаемый уровень контроля за мочевыделительным трактом или кишечником не достигается к возрастному рубежу нормального развития, и вторичный тип, при котором контроль достигается, но впоследствии утрачивается. Если ребенок сдерживает дефекацию или мочеиспускание, это расценивается как расстройство выделения. Неоднократно была установлена связь между вторичным энурезом и частыми травматичными событиями, включающими сепарацию от родителей или нарушение семейной атмосферы. Некоторые родители, по-видимому, придерживаются убеждения, что процессы мочеиспускания и дефекации находятся полностью под контролем ребенка, и это ведет к нетерпимости и преувеличению симптомов ребенка.

### **Предъявляемый паттерн**

Дети с расстройствами выделения могут испытывать целый спектр аффективных состояний. Часто можно наблюдать страх, стыд и смущение из-за такого «несчастливого случая». На более глубоком субъективном уровне ребенок часто чувствует неуверенность по поводу своего тела. Присутствует пронизывающее чувство небезопасности в связи с функционированием тела со значительной тревогой из-за «неспособности контролировать» неожиданные позывы. Из-за такой настороженности некоторые дети защищаются от восприятия телесных сигналов выделения и могут скрывать или отрицать собственные телесные потребности. Они могут компенсаторно пытаться «контролировать» всех окружающих. Некоторые дети недостаточно осознают необходимость помочиться или опорожнить кишечник, пока не становится «слишком поздно». Возможно, у них недостаточно развита сенсорная регистрация телесных сигналов, которая сочетается со сниженным мышечным тонусом, что приводит к замешательству и неловкости. Для других освоение туалета подразумевает соответствие ожиданиям как от «больших», что конфликтует с желанием оставаться ребенком. Этот

конфликт изначально может касаться только ребенка или только родителя, но обычно, когда родитель и ребенок начинают бороться со страхом утраты и сепарации, некомпетентностью, изменениями в принадлежности (например, «Мальши мамыны, а большие мальчики — папины») или другими конфликтами, он становится взаимной темой. Психическое содержание ребенка в процессе игры и общения имеет склонность отражать описанные выше аффективные паттерны. Темы игр могут характеризоваться избеганием сильных аффектов, вспышками аффективного содержания и чередованиями этих двух видов поведения. Часто ребенок вербализует желание справиться с этим и порадовать родителей, с чем сочетаются менее сознательный негативизм и перемежающаяся импульсивность. Исследование процессов функционального развития может помочь выявить ограничения, которые вносят вклад в поддержание этих проблем, и выработать специфическую релевантную динамическую формулировку. Для адекватного лечения критически необходимо психодинамическое понимание эго-синтонной природы и цели симптома.

## Пути развития

Прежде чем ребенок может начать самостоятельно ходить в туалет, должны сложиться адекватные процессы развития в различных сферах: в навыках коммуникации, социальном и эмоциональном развитии, в тонком и грубом моторном развитии и в когнитивном развитии. Таким образом, первым шагом в оценке проблем с туалетом у любого ребенка должен быть общий осмотр с оценкой уровня развития. В особенности ребенку необходимы коммуникативные навыки, чтобы передать родителям идею о необходимости сходить в туалет. Социальное и эмоциональное развитие должно дойти до того этапа, когда ребенок признает необходимость придерживаться ожиданий родителей и социального окружения. Для манипуляций с одеждой, занятия необходимой позы, пользования туалетной бумагой и т. д. необходимы грубые и тонкие моторные навыки. Когнитивные навыки необходимы для понимания значения соответствующих телесных ощущений, планирования последовательности действий и самоконтроля в вопросах удовлетворения потребностей, связанных с выделением. Более глубокие сенсорные и/или моторные нарушения в сочетании с трудностями во взаимодействии также могут вносить вклад в трудности с выделением. Например, у некоторых детей могут быть сниженный мышечный тонус, плохое моторное планирование и сенсорная гипореактивность, что затрудняет восприятие ощущений и далее применение исполнительного контроля над базовыми физическими функциями. Другие дети могут быть слишком чувствительными или пугаться звука смыва в туалете. Соматические состояния также склонны выражать конкретный тип аффектов и физических затруднений, с которыми сталкивается ребенок. Для некоторых детей сдерживание может быть способом выразить гнев и/или противодействие в отсутствие символического использования слов или игры для коммуникации чувств. Часто отношения характеризуются колебаниями между эмоциональной неуверенностью, негативизмом и импульсивностью, и разные части этого паттерна доминируют у разных детей и в разных семьях.

## Выводы для лечения

Показатели встречаемости демонстрируют, что расстройство выделения «проходит само» к возрасту 9 лет чуть более чем у половины страдающих от него детей (Fishel & Liebert, 2000). В среднем у ребенка младшего школьного возраста с проблемами с туалетом вероятность спонтанного разрешения расстройства в течение следующих 12 месяцев составляет лишь около 15% (Butler, 2008; Fishel & Liebert, 2000). С учетом этих сведений большинству родителей и детей не следует ожидать спонтанной ремиссии. Это тем более справедливо, поскольку расстройства выделения вызывают выраженное чувство смущения, социальную изоляцию и снижают самооценку. Все больше исследований демонстрируют подтверждения более высокого уровня психологических проблем у детей, которые мочатся в кровать, по сравнению с теми, у кого нет таких проблем, включая более интернализирующие и экстернализирующие проблемы, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и сниженную самооценку. В особенности следует отметить недавнее популяционное исследование Avon longitudinal study (Joinson, Heron, Butler, von Gontard & the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team, 2007), в котором изучали группу из более чем 8000 детей, чей средний возраст составлял 8 лет. В нем было показано, что комбинированный (дневной и ночной) энурез был связан с повышенным риском экстернализирующих проблем (оппозиционное поведение, проблемы с вниманием и поведением). Более того, психологические различия между детьми с и без хронического энкопреза показали, что у детей с энкопрезом был более высокий уровень симптомов тревоги и депрессии, они получали меньше родительского тепла и организующей дисциплины, имели больше проблем с вниманием, более выраженные социальные проблемы, более агрессивное поведение и более низкую успеваемость в школе (Cox, Morris, Vorowitz & Sutphen, 2002). Такие проблемы могут пересекаться с планом симптом-фокусированной интервенции. Необходимо проводить скрининг подобных вопросов и учитывать их в разработке более широкой лечебной программы.

Программы раннего лечения могут помочь детям справиться с неопределенностью и неуверенностью по поводу функционирования тела. Чтобы способствовать росту телесной компетентности ребенка, можно поддержать сенсорные и моторные процессы комбинацией сенсорных, моторных, зрительных и пространственных видов активности. Критически важно помочь родителям справиться с собственными чувствами по поводу выделительных функций — что это значит для них и как они себя чувствуют, а также что может помочь им эффективным образом поддерживать ребенка. Также важно помочь ребенку проработать страхи по поводу гнева или асертивности, а родителю и семье помочь создать эмоциональный климат, который поддерживает безопасность и инициативу.

## Клиническая иллюстрация

Паулина, четырехлетняя девочка, поступила с симптомами вторичного энуреза после двух с половиной лет успешного пользования туалетом. Начало симпто-

мов совпало с рождением младшего брата. Родители также выражали озабоченность ее агрессивным поведением и раздражительностью. Интервенция по энурезу со стороны медсестры изначально помогла, и Паулина хорошо ответила на техники обусловливания с использованием энурезного будильника. Через год, однако, проблема возобновилась, и Паулина мочила кровать с периодичностью несколько раз в неделю. После рождения Паулины ее мама страдала от послеродовой депрессии в течение примерно двух лет. Во время депрессии она сказала, что часто была на грани того, чтобы ударить Паулину, и уходила из комнаты в моменты гнева, оставляя ее одну. Отец Паулины описывал ее как хорошую и милую. Он чувствовал, что его жена открыто не любила Паулину, которая не всегда заслуживала негативных реакций, которые она вызывала у матери. Хотя Паулина большей частью хотела от мамы «обнимашек», она научилась втягивать маму во взаимно агрессивные выплески. Текущий энурез установил открытый контакт и чувство близости между ними в рамках в остальном непродуктивных отношений. Регрессивный акт недержания мочи оказался эго-синтонным и репаративным, несущим в себе эхо инфантильной близости.

Этот паттерн поиска близости посредством дезадаптивного поведения был проинтерпретирован родителями как связанный с опытом Паулины в связи с материнской послеродовой депрессией и нарушением ранней привязанности и близости. С этого момента на каждом новом сеансе поступали новости о снижении агрессии и уменьшении количества эпизодов энуреза. Это улучшение стало результатом изменений в отношении к Паулине ее мамы. Она стала более доступной для нее, начала ставить ее потребности на первое место, когда это было необходимо, проводить разделение между Паулиной и ее братом и предоставлять ей больше контакта и времени. В то время как мама Паулины изначально приняла необходимость измениться на когнитивном уровне, осознавая, что близость была менее деструктивной, чем конфликт или энурез, она постепенно восприняла эти виды поведения на более аффективном уровне, поэтому Паулине приходилось реже инициировать близкие контакты самой. Родители Паулины также сообщили о снижении напряжения в их отношениях и об улучшении способности работать вместе и сообща.

## **IEC04 Тревожные расстройства**

---

Тревога — нормальное и необходимое эмоциональное состояние, играющее адаптивную роль в человеческом развитии, задача которого заключается в активации поведения самозащиты. У маленьких детей можно наблюдать нормальные паттерны тревоги, а также атипичные избыточные, неуместные или персистентные формы, которые могут мешать повседневному функционированию и нормальному развитию. Тревога тесно связана с эволюционно обоснованным страхом, характерным для млекопитающих, и может сигнализировать ребенку об угрожающих или опасных ситуациях.

В ходе типичного развития в период от 6 до 12 месяцев страх перед незнакомыми и дистресс при сепарации от родителя являются нормальными реакциями.

ми на опасность, которую представляют незнакомые люди и одиночество. Такие тревоги, которые для большинства детей снижаются к возрасту примерно 30 месяцев, отражают привязанность к родителям и способность отличать близких от незнакомых.

Тревога может становиться симптомной, когда ограничивает адаптивные с точки зрения развития виды поведения. В данном случае это ведет к тому, что у ребенка развиваются специфические страхи и чрезмерное беспокойство, обсессии, предубеждения, равно как и атипичные виды поведения: сильные истерики, компульсии, физическая гиперреактивность или избегание (включая мутизм, эмоциональную несамостоятельность и недостаточную саморегуляцию). Дети также могут выражать тревогу в форме соматических симптомов, таких как боли или колебания аппетита. «Достаточно хорошее» родительство позволяет ребенку установить безопасную основу для привязанности, опираясь на которую он может исследовать новые, незнакомые переживания. Нечувствительные отношения с родителями могут развиваться в небезопасную привязанность, трудности в эмоциональной регуляции и симптомы тревоги. Дети, пожалуй, еще хуже способны идентифицировать источники своей тревоги, чем взрослые, и могут испытывать значительный дистресс, когда не могут исследовать и получать новый опыт из-за выводящей из строя тревоги. В литературе подробно описано, что практически у 80% тревожных детей тревожные родители, что указывает на значение как наследственности, так и окружения.

В отличие от соответствующего раздела первого издания PDM, данный раздел включает «тревожные состояния, связанные с этапами развития», такие как сепарационная тревога и страх незнакомцев, которые следует рассматривать как тревожные расстройства, лишь если они сохраняются с течением времени и негативно влияют на функционирование и развитие ребенка. Раздел также включает избирательный мутизм как возможный симптом или выражение тревожного расстройства, а не как самостоятельное расстройство.

### **Предъявляемый паттерн**

В раннем детстве с «достаточно хорошим родителем», который с вниманием относится к эмоциональной жизни ребенка и отражает ее для него, типичное развитие включает привязанность к родителям или первичным опекунам и развитие осознанности себя и другого, а также чувства связи с родителями и осторожности к остальным, что выражается в нормальной сепарационной тревоге, при которой ребенок 5–8 месяцев выражает дистресс при сепарации от первичного опекуна. При атипичном варианте ребенок может выражать более генерализованный дистресс и либо быть неспособным сепарироваться от родителя, либо сепарироваться слишком легко. Недостаточно развитая способность к языку и абстрактному мышлению может вести к тому, что дети выражают дистресс сильными истериками, агитацией, избеганием и беспокойством. По причине взаимосвязи между тревогой и физиологическими реакциями гнева у детей всех возрастов можно рассматривать поведенческие проявления как реакции типа «борись, беги, замри». По мере развития у детей могут возникать

более противофобические реакции, при которых они сближаются с тем, чего боятся, или провоцируют это, чтобы облегчить чувство тревоги, которое они не могут контролировать путем овладения.

Активация системы «борьба-или-бегство» может привести к развитию своего рода «гиперфокуса гипербдительности», вследствие чего даже самые маленькие дети могут пребывать в практически постоянном состоянии настороженности. Функционирование на таком более напряженном уровне может значительно затруднять взаимодействия и опыт, необходимый для нормального развития. Дети могут демонстрировать различные нарушения в своем развитии и во взаимодействиях с другими, такие как расстройства кормления и пищевого поведения, трудности со сном, настороженность во время игр со сверстниками, открыто агрессивные реакции на воспринимаемые угрозы во время игр, отказ от посещения школы, трудности с сепарацией от родителей для участия в самостоятельной деятельности, соматические нарушения и расстройства выделения.

Тревожные расстройства детского возраста часто впервые возникают в форме сепарационной тревоги и специфических фобий, за которыми начинается социальная фобия. За этим может следовать развитие небезопасных паттернов привязанности, а также это может быть связано с напряжением, которое возникает, когда высокотреховая или депрессивная мать (или другой первичный опекун) не может в достаточной степени успокоить или утешить ребенка или когда различия в темпераменте ведут к недостаточному пониманию потребностей ребенка со стороны родителя.

Из-за иррациональной, фантазийной природы тревоги обычные попытки родителей успокоить описываемые ребенком ее источники с помощью объяснений в целом оказываются бесплодными. Зачастую родители также тревожны и отвечают детям гиперчувствительным и бдительным образом, либо же внутреннее восприятие родителем своего ребенка и самого себя отражает «крах родительства».

Для наиболее важных тревожных расстройств в раннем детстве DC: 0-3R определяет следующие критерии:

- ◆ *Сепарационное тревожное расстройство.* Ребенок может до такой степени беспокоиться, что с неохотой идет в школу, остается один и спит один либо даже совсем отказывается от похода в школу или сна. Ребенок также может испытывать повторяющиеся ночные кошмары и жаловаться на такие физические симптомы, как головные боли, боли в животе, тошнота или рвота.
- ◆ *Специфические фобии.* Ребенок либо избегает фобических ситуаций или объектов, либо демонстрирует интенсивную тревогу или дистресс, когда контакт неизбежен. Экспозиция фобических ситуаций провоцирует немедленную тревожную реакцию в виде паники, плача, истерики, замирания или цепляющегося поведения.
- ◆ *Социальное тревожное расстройство (социальная фобия).* Ребенок демонстрирует выраженный и устойчивый страх по отношению к одной или нескольким ситуациям социального взаимодействия, включающим незнакомых людей или возможное критическое отношение со стороны окружающих.

- ◆ *Генерализованное тревожное расстройство.* Ребенок испытывает чрезмерную тревогу, которая не связана с каким-либо событием или ситуацией. Он чувствует значительный дистресс в связи с самыми разными вещами, начиная со здоровья членов семьи и заканчивая успеваемостью в школе и будущими событиями.

Помимо расстройств, перечисленных выше, DC: 0–5 определяет критерии для нового тревожного расстройства — *расстройства с торможением интереса к новизне* (inhibition to novelty disorder). Ребенок демонстрирует глобальные и стойкие затруднения при встрече новых ситуаций, игрушек, видов деятельности и людей. В присутствии новых/незнакомых объектов, людей и ситуаций он демонстрирует симптомы страха с замиранием, отстранением или первазивными негативными аффектами. Это расстройство, по-видимому, повышает риск дальнейшего развития тревожных расстройств.

Как было указано выше, избирательный мутизм больше не рассматривается как самостоятельное расстройство и считается комплексным тревожным расстройством, которое характеризуется неспособностью ребенка эффективно разговаривать и коммуницировать в отдельных социальных ситуациях, например в школе. Дети с таким расстройством могут говорить и коммуницировать в условиях, при которых чувствуют себя комфортно, безопасно и расслабленно. Почти у всех детей с избирательным мутизмом также есть социальная фобия или социальная тревога. Что касается мутизма, исследования подтверждают, что данные расстройства часто встречаются совместно.

Клиницист вначале должен оценить, насколько нарушения обработки информации, например сенсорные, моторные или иные трудности, могут влиять на способность ребенка справляться с незнакомыми ситуациями. В этом случае ребенок может быть раздражительным, тревожным или чрезмерно отзывчивым, но тревога в первую очередь связана с расстройством сенсорно-регуляторных процессов. Во-вторых, клиницисту следует оценить, связана ли тревога прежде всего с ожидаемыми сменами этапов развития или с задачей, которую ребенку трудно освоить (тревожное расстройство развития, developmental anxiety disorder). Наконец, следует рассмотреть связь между тревогой и отношениями между ребенком и родителем.

Для большей точности в клинической оценке состояния необходимо учитывать не только симптомы, но и нарушения в эмоциональном функционировании и субъективный и межличностный опыт ребенка.

## Пути развития

Обзор основных факторов, которые могут предрасполагать к возникновению и сохранению тревожных синдромов или вносить в это свой вклад, позволяет предполагать о наличии множества путей развития и комплексных взаимосвязей между биологическими, генетическими, средовыми факторами и факторами отношений.

Существуют умеренно веские эмпирические подтверждения того, что ребенок с преобладанием торможения в темпераменте имеет склонность к развитию

сепарационной тревоги или фобии, и впоследствии его может беспокоить тревога и в детском, и во взрослом возрасте. Тревожный темперамент может отражать биологическую предрасположенность к низкому порогу тревоги в ответ на средовые стрессовые факторы, что поведенчески выражается в паттерне, для которого характерны долгий период «раскачки», осторожность и гипербдительность либо, при более выраженном варианте, поведенческая заторможенность. Выражение тревоги отражает стадию развития ребенка. Ребенок на довербальной стадии, чье восприятие мира менее определено и осмысленно, будет демонстрировать раздражительность, эмоциональные вспышки, нарушения питания или сна и плохую вовлеченность в деятельность, адекватную возрасту. По мере роста ребенка и развития более сложных вербальных навыков он все лучше способен описывать беспокойства, страхи и фобии и может демонстрировать избегающее или регрессивное поведение. При разработке диагноза критически важно проанализировать роль сопутствующих факторов, связанных как с конституцией и созреванием, так и со взаимодействием и ситуативными нюансами.

Было обнаружено, что безопасная привязанность к ответственному опекуну укрепляет жизнеспособность и предоставляет детям ресурсы для реагирования в стрессовых ситуациях. И наоборот, небезопасно резистентная привязанность может быть фактором риска для депрессивных и тревожных расстройств в детском и подростковом возрасте. Детей дошкольного возраста с небезопасно резистентной привязанностью описывают как напряженных, тревожных, боязливых, они легко фрустрируются, пассивны и ориентированы на постоянный контакт со взрослыми. Они не могут принимать утешение и поддержку и часто демонстрируют гнев, эмоциональный дистресс и тревогу. небезопасная привязанность может усиливать избегающие черты, особенно у чувствительных детей, которые могут избегать страшных для них ситуаций или реагировать на фрустрацию оппозиционностью.

Существуют данные о том, что у детей, чьи матери испытывали тревогу, повышен риск развития тревожности. Родители, которые либо из-за несовпадения темпераментов, либо из-за собственных трудностей не могут предоставить возможность своим детям развить способности к саморегуляции и которые не могут создать среду, в которой дети могут чувствовать себя в безопасности, неспособны предотвратить развитие тревоги у детей. Дисфункциональный стиль родительства, который характеризуют озабоченность, интрузивность, критика, «катастрофизм», нехватка эмоционального тепла, негативные аффекты и тенденция тормозить инициативы ребенка, затормаживает эмоциональное развитие, направленное на обретение автономии, и может приводить к возникновению тревожных расстройств.

Тревожные расстройства представляют значительный клинический риск для психопатологической континуальности на последующих фазах развития. Этот вывод основан на данных лонгитюдных исследований, которые стабильно подтверждают гетеротипическую континуальность между тревогой и депрессией, даже если контролировать коморбидность. Эта гетеротипическая континуальность чаще встречается у девочек.

## Выводы для лечения

С учетом того, что тревоге в старшем детском и во взрослом возрасте часто предшествует тревога в раннем детстве или предрасположенность к ней, раннее ее выявление и интервенция могут защитить от развития тревожных состояний. А учитывая роль среды и родителя в развитии саморегуляторных способностей ребенка, существует прекрасная возможность для терапевтической интервенции. Тревожным детям значительно помогает безопасное, спокойное окружение, которое включает стабильные и надежные ритуалы, например пробуждение каждое утро под одну и ту же музыку или привычный ритуал отхода ко сну — например, купаемся, читаем книжку и гасим свет. Детям также помогает понимание, откуда берутся их страхи и когда они научаются лучше отличать фантазию от реальности. Им также важна способность сепарироваться от ответственных опекунов и развивать индивидуальность, равно как и помощь со стороны ответственных опекунов в прохождении процесса сепарации. Можно достичь значительного облегчения симптомов и восстановления траектории развития как во взаимодействии с психотерапевтом, который может предоставить новую модель взаимодействия, так и в процессе работы с отношениями между родителем и ребенком.

## Клиническая иллюстрация

Нину, двухлетнюю девочку из семьи иммигрантов, родители привезли в больницу, поскольку она отказывалась от еды. Со слов родителей, беременность и роды прошли благополучно, девочка нормально росла и развивалась. Нина хорошо брала грудь и перешла на самостоятельное кормление без каких-либо сложностей. По словам родителей, она была жизнерадостным и сообразительным ребенком, однако за пару месяцев до этого ситуация изменилась. В ее медицинском анамнезе фигурировало желудочно-кишечное инфекционное заболевание, которое девочка перенесла за три месяца до обращения, она страдала от рвоты и в течение нескольких дней очень плохо себя чувствовала. За неделю до поступления она снова заболела вирусной инфекцией с сильной тошнотой. Она перестала есть и боялась, что у нее снова возникнет рвота. В ее социальном анамнезе обращал на себя внимание тот факт, что в возрасте, когда она заболела в первый раз, у нее родилась младшая сестра. Во время пребывания в больнице она продолжала отказываться от еды, и в итоге из-за выраженного снижения веса ей назначили желудочный зонд. Нине, похоже, вполне нравилось, что ее кормили через трубку. При выписке она начала проходить терапию дважды в неделю, что совпало с началом терапии родителей с периодичностью раз в неделю. Изначально она сопротивлялась сепарации от мамы, поэтому та оставляла младшего ребенка с сестрой и приходила на процедуры вместе с Ниной. По мере продвижения лечения стало ясно, что Нина испытывала значительный гнев и обиду на младшую сестру и на родителей, которые принесли ее в дом, хотя она и не признавалась в этом. В игре, которая вначале была более агрессивной, а затем стала более вербально выразительной, ей удалось выразить часть своего

гнева. Она начала легче разлучаться с мамой и участвовать в обучающих и других занятиях, а также начала есть. Желудочный зонд удалили.

## IEC05 Расстройства спектра и стабильности эмоций

---

Дети испытывают и выражают эмоции с самого рождения (Brazelton, 1979; Oster, 2005), что позволяет установить коммуникативные, сотрудничающие отношения с родителями (Trevartenm, 1993). Поскольку их эмоции интенсивны, дети раннего возраста полагаются на помощь своих ответственных опекунов в регуляции своих эмоциональных состояний как при гипер-, так и при гиповозбуждении (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Hobson, 2002; Schore & Schore, 2007; Stern, 1985). С раннего младенчества до дошкольного возраста у детей происходит постепенное расширение эмоционального диапазона (дифференциация) и укрепление эмоциональной стабильности. Ребенок в возрасте 2–3 месяцев демонстрирует глобальные эмоции — радость, дистресс, гнев, страх — и может быстро переключаться из одного состояния в другое. Малыш в глубоком дистрессе может легко успокоиться с помощью чувствительного родителя и вскоре будет улыбаться и гулить. Ребенок, который чувствует усилия родителя понять, структурировать его эмоциональные переживания и придать им значение, с возрастом сможет дифференцировать и выражать более тонкие нюансы эмоций (Schore, 1994). В возрасте 16 месяцев такой ребенок, вероятно, сможет выражать теплоту, восторг, любопытство, возбуждение, осторожность, страх, раздражение, настойчивость, сочувствие, печаль и другие более тонкие эмоциональные состояния. Хорошо адаптированный ребенок испытывает и выражает эмоции относительно предсказуемым и умеренным образом по отношению к релевантному опыту (например, радость и улыбку при появлении родителя, гнев, когда любимую игрушку убирают на полку перед сном).

Способность ребенка испытывать полный спектр соответствующих возрасту эмоций и регулировать их стабильным образом — важная основа для будущего социального и интеллектуального развития ребенка (Lyons-Ruth, 1999). Трудности с соответствующим возрасту эмоциональным диапазоном и стабильностью важно распознавать из-за потенциальных долгосрочных последствий.

Чтобы определить, испытывает ли ребенок сложности с соответствующим возрасту эмоциональным диапазоном и стабильностью, клиницист должен иметь «дорожную карту» ожидаемого эмоционального развития детей раннего возраста. Их эмоциональное развитие можно наблюдать по языку тела, в отношениях, во взаимодействиях с окружающими, а также в соответствующей возрасту способности к игре (Hobson, 2002; Stern, 1985). Самые ранние выражения эмоций соответствуют телесным состояниям (насыщение, сухость, тепло, отсутствие усталости) и социально-эмоциональным переживаниям (безопасность, удовольствие, игривость) с родителями. Негативные эмоции в младенческом возрасте, видимо, в основной своей массе возникают в ответ (например, на дискомфорт от голода или на чувство небезопасности, когда ребенка слишком быстро укладывают). Когда дети сталкиваются с ограничениями, присутствующими

окружающей реальности (или ею «назначенными») по отношению к другим и к собственным возможностям, они испытывают более негативные эмоции. Они могут почувствовать гнев, зависть, соперничество с сиблингами, конкуренцию, агрессию и желание контролировать и управлять другими. Они могут чувствовать унижение из-за недостаточных умений или успеха. Если родитель не понимает эмоционального подтекста поведения ребенка и если отношения не могут вместить полный спектр человеческих чувств, эти «негативные» эмоции могут осложнять взаимодействия между ребенком и родителем (Woods & Pretorius, 2011). По мере того как ребенок овладевает тестированием реальности, обучаясь ориентироваться на реальные возможности, и достигает более высоких уровней развития, эмоции распространяются на дружбу, преданность, справедливость и мораль. По мере того как ребенок становится способным описывать сложные чувства, включающие амбивалентность и конфликтующие эмоции, а также их причины, эмоции становятся все более дифференцированными. Двухлетний мальчик может ударить свою младшую сестру. В три года он может вербально потребовать ее игрушку. В четыре он может сказать, что его мама не уделяет ему время и малышка все получает первой, в то же время отмечая свою любовь к сестре. В возрасте между пятью и шестью он может защищать и помогать ее, но также способен говорить о своей ревности.

Таким образом, расстройства спектра и стабильности эмоций характеризуются нехваткой нормальной дифференциации, диапазона и стабильности эмоций. По сравнению с детьми с тревожными состояниями, связанными с развитием, дети, имеющие данный диагноз, демонстрируют узкий диапазон аффектов и интересов, а в их переживаниях может не быть выраженной интенсивности, характерной для тревожных реакций.

### **Предъявляемый паттерн**

Расстройства, представленные в этой категории, имеют разнообразные проявления. Младенец может демонстрировать весьма ограниченный диапазон эмоций, имеющих маловыразительное качество (притупленные аффекты), либо быстрое нарастание негативных эмоций, либо их внезапный коллапс. Ребенок 1–3 лет может испытывать трудности с распознаванием эмоций или эмоциональных сигналов, либо путать дискретные эмоции (например, возбуждение и гнев), либо демонстрировать реверсию аффекта (например, смеяться, когда маме больно), демонстрируя, таким образом, неадекватные эмоции. Ребенку более старшего возраста может быть сложно отвечать на вопросы о чувствах, и может казаться, что он не в состоянии рефлексировать о связях между мыслями, чувствами и поведением.

Функционирование таких детей может быть серьезно ограниченным. Их развивающаяся способность к регуляции эмоций может быть нарушена их ограниченной способностью понимать эмоциональные состояния и выдерживать фрустрацию и дистресс соответствующим для возраста способом. Может нарушаться исполнительное функционирование, например способность фокусировать внимание, вовлекаться в социальное научение и проводить свя-