



С.В. Трушкина

# Стресс и его последствия у детей первых лет жизни

**Трушкина Светлана Валерьевна** – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия), trushkinasv@gmail.com

**Введение.** Научный обзор посвящен проблеме влияния сильного либо продолжительного стресса на детей первых лет жизни, являющейся малоизученной как в психиатрии, так и в медицинской психологии. В основе исследования лежит сравнение клинических проявлений стрессовых расстройств у маленьких детей, описанных в современной медицинской и психологической литературе, с симптомами различных стрессовых расстройств у взрослых, отраженных в Международной классификации болезней МКБ-10.

**Результаты.** В обзоре показано, что младенцы и дети раннего возраста страдают от стрессовых воздействий так же, как взрослые люди или более старшие дети, и им также может быть выставлен диагноз стрессового расстройства. При этом конкретные проявления расстройств и события-стрессоры у них могут отличаться. Рассмотрены такие специфические возрастные симптомы стрессовых расстройств, как посттравматическая игра, сепарационная тревога, регресс в развитии и др. Показано, что нарушения психического здоровья у маленьких детей, возникающие вследствие воздействия различных типов стрессоров – внезапного травматического события высокой интенсивности или хронической психотравмирующей ситуации, различаются по своим проявлениям и последствиям. Подчеркнуто, что наличие стрессового расстройства у ребенка может негативно сказываться на его развитии, отражаясь на познавательных процессах и социальных отношениях. Освещен вопрос принципиально важного значения материнско-детских и более широких семейных отношений для возникновения и течения стрессовых расстройств у детей первых лет жизни, а также показана необходимость организации терапевтической помощи для обоих членов материнско-детской диады.

**Практическая значимость.** Обзор адресован специалистам учреждений дошкольного образования и имеет цель информировать их о признаках стрессовых расстройств у детей первых лет жизни, с тем чтобы они могли первично их распознавать и инициировать обращение семьи за специализированной помощью к детскому психиатру или медицинскому психологу.

**Ключевые слова:** раннее детство, ПТСР, расстройства адаптации, посттравматическая игра, материнско-детская диада.

**Для цитирования:** Трушкина С.В. Стресс и его последствия у детей первых лет жизни // Современное дошкольное образование. – 2018. – №3(85). – С. 24–31.

*Материалы статьи получены 17.11.2017*

В современном мире все большее число специалистов обращаются к теме психической травматизации ребенка в результате переживания им стресса высокой степени интенсивности. Этот интерес распространяется не только на детей школьного или подросткового возраста, но и дошкольников и детей раннего и даже младенческого возраста. Следует отметить, что проблема возникновения стрессовых расстройств в этих возрастах не сразу была признана в профессиональных кругах. Довольно долго считалось, что высокая пластичность психики

маленького ребенка препятствует формированию у него устойчивых когнитивных или эмоциональных нарушений вследствие психологической травмы. Предполагалось, что наряду с недостаточным развитием долговременной памяти эта пластичность позволяет младенцу или двух-трехлетнему ребенку избежать отсроченных последствий сильного стресса, что отличает их от взрослых людей или детей более старшего возраста. Одновременно с этим в психоаналитических кругах разрабатывались представления о ранней психической трав-



UDC 159.922.73

DOI: 10.24411/1997-9657-2018-00011

## Stress and its Consequences for Children in the First Years of their Life

**Svetlana V. Trushkina**, PhD of Psychology, Leading Researcher of the Department of Medicine Psychology in the “Mental Health Research Center”, Moscow, Russia, trushkinasv@gmail.com

**Introduction.** The scientific review is devoted to the issue of the influence of strong or prolonged stress on children in the first years of life, which is poorly understood both in psychiatry and in medical psychology. The study is based on a comparison of the manifestations of stress disorders in young children, described in modern medical and psychological literature, with the symptoms of various stress disorders in adults, as reflected in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10).

**Results.** The survey shows that infants and young children suffer from stressful actions in the same way as adults or older children, and they can also be diagnosed with a stress disorder. In this case, specific manifestations of disorders and stressors within them may differ. Such specific age-related symptoms of stress disorders as a post-traumatic game, separation anxiety, regression in development, etc. are considered. It is shown that the mental health disorders in young children, arising from different types of stressors - a sudden traumatic event of high intensity or chronic psycho traumatic situation, differ in their manifestations and consequences. It is emphasized, that the presence of a stress disorder in a child can adversely affect their development, impacting their cognitive processes and social relations. The importance of mother-child and wider family relationships for the emergence of stress disorders and its progression in children of the first years of life is illuminated, and the need for the provision of therapeutic care for both members of the mother-child dyad is also shown.

**Practical significance.** The review is addressed to specialists in institutions of preschool education and aims to inform them about the signs of stress disorders in children in the first years of life, so that they can recognize them and initiate a family appeal for specialized assistance to a child psychiatrist or a medical psychologist.

**Keywords:** early childhood, adjustment disorder, post-traumatic game, mother-child dyad.

**For citation:** Trushkina S.V. (2018). Stress and its Consequences in Children of the First Years of the Life. *Preschool Education Today*. 12:3, 24–31 (in Russian).

*Original manuscript received 17.11.2017*

ме, обусловленной событиями, неизбежными в жизни каждого ребенка – рождением, отлучением от груди, относительно длительной разлукой с матерью. Научные исследования и наблюдения из клинической практики последних десятилетий постепенно вносят ясность в проблему стрессовых расстройств у детей первых лет жизни, однако полная определенность в этих вопросах еще не достигнута.

### Симптомы стрессовых расстройств у маленьких детей

Как правило, изучение расстройств, вызванных сильным стрессом у маленьких детей, отталкивается от знаний об аналогичных нарушениях у взрослых. Так, согласно современным представлениям тяжелый стресс может приводить к развитию у человека как острых, так и хронических болезненных состояний. Кроме того, выделяют так называемые расстройства адаптации, развивающиеся в ответ на воздействие менее интенсивной, но длительной по времени и связанной со

значительными жизненными переменами стрессовой ситуации.

*Острое стрессовое расстройство* развивается непосредственно вслед за необычно сильным физическим или психическим стрессором и сходит на нет в течение нескольких дней или даже часов. Его первые проявления могут включать в себя состояния, характерные для психического шока – ошеломленность, сужение объема сознания и внимания, дезориентированность, невозможность полного осознания происходящих событий и вызвавших их причин. Немного позже возможно развитие реакции эмоционального «ухода» от травмирующей ситуации в виде ступора или, наоборот, ажитации, сверхактивности и хаотичности поведения.

Другая форма расстройства, часто определяемая как хроническая, носит название *пост-травматического стрессового расстройства* (ПТСР). Появлению его симптомов часто предшествует латентный (т.е. скрытый, бессимптомный) период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев, а само течение заболевания может затянуться



на долгий, до нескольких лет, срок. Типичные проявления ПТСР могут быть отнесены к трем основным группам. Первая включает в себя эпизоды повторяющихся в тех или иных формах переживаний травмирующего события. Это могут быть бесконечно возникающие воспоминания, навязчивые мысли, ночные кошмары или так называемые флешбэк-симптомы, т.е. болезненно острые вспышки переживания человеком обстоятельств былой травмы, внезапно разыгрывающихся перед его «внутренним взором». Вторая группа симптомов образует специфический постоянно присутствующий эмоциональный фон, характеризующийся общей отчужденностью, отгороженностью от других людей, заторможенностью реакций или состоянием безответности на происходящее вокруг. Кроме того, человек может активно стремиться избегать мест, людей или ситуаций, способных напомнить о потрясших его событиях. К третьей группе относят не имевшие ранее места состояния перевозбуждения и постоянной настороженности, проявляющиеся в форме бессонницы, повышенной реакции на испуг, панических атак, различных симптомов высокой тревожности и депрессивности, вплоть до мыслей о самоубийстве. В тяжелых хронических случаях ПТСР может привести к устойчивым изменениям личности человека (Международная классификация болезней МКБ-10; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5).

У детей первых лет жизни, как показали наблюдения, симптомы ПТСР в целом подпадают под рубрики, выделенные для взрослых, однако имеют свою, достаточно яркую, возрастную специфику.

Так, повторное переживание травматического события у маленького ребенка часто принимает форму посттравматической игры. Для нее характерно воспроизведение ребенком тех или иных аспектов травмы в действиях с предметами, игрушками или людьми. В сравнении с обычной детской игрой она является более буквальной, лишенной творческого игрового элемента, менее сложной и свободной. Ребенок просто раз за разом повторяет в своих действиях травматические события или сопутствовавшие им обстоятельства, практически не внося в них никакой вариативности. Например, двухлетний мальчик, укушенный собакой, по несколько раз в день разыгрывает сцену, в которой он рычит, огрызается, потом внезапно нападает и кусает взрослого. Он никак не комментирует эту игру и повторяет

одну и ту же сцену с минимальными отличиями. Для сравнения, другой ребенок, также подвергшийся нападению собаки, но не имеющий симптомов посттравматического стрессового расстройства, тоже может много раз проигрывать испугавшее его событие, но при этом он существенно более свободен в выборе деталей игрового сюжета, способен варьировать его продолжительность, вводить в игру новые персонажи и изменять концовку. В результате, спустя некоторое время происходит естественное отреагирование им эмоций тревоги и страха, интенсивность переживаний затухает, игровой сюжет заметно меняется и перестает слишком часто использоваться ребенком. Посттравматическая игра как болезненный симптом имеет навязчивый характер, ребенок не в силах сам ее изменить и снизить с ее помощью свое эмоциональное напряжение (DC:0-3R, 2005).

Болезненная охваченность воспоминаниями о травме у детей, уже овладевших речью, может проявляться и не столь явно, например, в форме повторяющихся высказываний на тему события или бесконечных вопросах о нем. Так, ребенок, непосредственно наблюдавший гибель человека под колесами автомобиля, может все время говорить только о машинах и буквально «прилипать» к их изображениям на картинках или экране. При этом постороннему наблюдателю это может показаться лишь проявлением повышенной любознательности, а страдание ребенка при этом может не распознаваться даже близкими взрослыми.

В других случаях, напротив, напоминание о травмировавшем событии может вызывать у ребенка явные физиологические признаки сильного переживания – сердцебиение, дрожь, потливость, расстройство желудка, чувство стеснения в груди или затрудненное дыхание. Маленькие дети, достаточно владеющие речью, уже могут сами (спонтанно или при расспросе) сообщать об этих симптомах, а также рассказывать взрослым о своих переживаниях и опасениях (Скобло, Трушкина, 2016). Особым каналом, несущим информацию о тяжелом эмоциональном состоянии маленького ребенка, выступает его игровое поведение. Например, девочка, занятая игрой в куклы, в ответ на звук сирены на улице резко начинает драку между куклами, будучи охвачена воспоминаниями об ужасной ссоре между ее родителями и машине скорой помощи, которая приезжала после нее. Подобное поведе-



ние представляется вариантом упоминавшихся выше флешбэк-симптомов. Оно осуществляется вне намерений ребенка, не является целенаправленным и способно многое пояснить внимательно наблюдающему взрослому. Наличие флешбэк-симптомов у маленького ребенка, перенесшего травму в недавнем прошлом, можно также заподозрить по внезапно возникающим состояниям оцепенения или застывшему взгляду с выражением ужаса на лице (DC:0-3R, 2005).

Вторая группа симптомов ПТСР – поведение избегания и эмоциональная отгороженность от людей – у детей первых лет жизни проявляется в виде заметного увеличения социальной дистанции с окружающими, ограничения диапазона эмоционального реагирования, снижения интереса к значимой ранее деятельности: игре, исследованию, социальным контактам, рутинной ежедневной занятости. Так же, как и у взрослых, у детей может наблюдаться старание избегать действий, разговоров, мест или людей, связанных с травмой. Ребенок может начать испытывать блокировку спонтанных эмоциональных реакций. Реакция эмоционального «ухода», вызванное ею затруднение восприятия развивающих стимулов, заторможенность эмоциональных и поведенческих ответов на них, как правило, заметно для окружающих взрослых сказываются на темпах психического развития ребенка.

Симптомы увеличения возбуждения и настороженности включают в себя не отмечавшиеся ранее у ребенка трудности отхода ко сну, проявление резкого протеста против укладывания спать, особенно в одиночестве, трудности засыпания или повторяющиеся ночные пробуждения, связанные с кошмарами. После травмы могут появиться повышенная раздражительность, пугливость, вспышки гнева или крайней нервозности, истерики, агрессия по отношению к сверстникам, взрослым или животным, сексуализированное поведение (например, чрезмерный настойчивый интерес к своим или чужим половым органам, мастурбация и т.п.). Не менее характерны трудности концентрации внимания и организации поведения. Могут проявиться страхи, которых не было до травматического события, причем их содержание не обязательно бывает связанным с ним. Специфическим возрастным симптомом является сепарационная тревога, т.е. боязнь даже кратковременного разлучения с близким взрослым, как правило, матерью. Малыш может начать бурно протес-

товать против ее ухода даже в соседнюю комнату. Трех-четырёхлетние дети отказываются оставаться без матери в детском саду или у родственников, боясь, что без мамы они потеряются, их украдут или положат в больницу, что с родителями в разлуке может случиться что-нибудь страшное, что они умрут, уедут, забудут о нем и т.д.

Детям младенческого, раннего и дошкольного возраста присущи также симптомы стрессовых расстройств, не относящиеся ни к одной из трех перечисленных групп. Маленькие дети, имевшие опыт травматических событий, могут временно потерять ранее приобретенные навыки. Это может относиться к сфере развития моторики, игры или речи, навыкам опрятности и самообслуживания, умениям социального взаимодействия и т.д. (Добряков, 2013; Добряков, Трушкина, 2015; Портнова, 2011; Портнова, Серебровская, 2013; Scheeringa, 2009; Black, 2002). Например, полуторагодовалый мальчик, мать которого была внезапно и надолго госпитализирована с тяжелым заболеванием, начал передвигаться на четвереньках, хотя до этого уверенно ходил уже несколько месяцев.

Попытка наиболее полно учесть специфику клинических проявлений у маленьких детей при постановке диагноза ПТСР была сделана в международной «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (DC:0-5, 2016).

## Виды стрессоров

Отдельного обсуждения в связи с психической травматизацией ребенка заслуживают стрессоры, т.е. те обстоятельства или события, которые явились для него потрясением и результатом которых стало развитие стрессового расстройства. Для взрослых людей в этом качестве, как правило, называются природные или техногенные катастрофы, войны, нападения, вынужденная миграция, всевозможные тяжелые потери (близких людей, дома, средств к существованию, социального статуса, жизненных смыслов, перспектив и т.п.) и другие события, несущие угрозу жизни и здоровью. Риск развития ПТСР подвергаются не только люди, непосредственно пострадавшие в событиях, но и те, кто стал их свидетелем, а также члены семьи пострадавших. Еще одним признанным источником психопатологических изменений у человека является хроническое неблагопо-



лучие, вызывающее продолжительный стресс, даже если этот стресс и не характеризуется высокой интенсивностью.

Младенец или ребенок раннего возраста может оказаться непосредственно вовлечен в события, которые включали в себя гибель людей, угрозу смерти или нанесения серьезного повреждения ему самому или другим людям, угрозу психологической или физической неприкосновенности его самого или других людей, или же быть их свидетелем. Стрессор может быть внезапным и неожиданным происшествием (например, автомобильная катастрофа, землетрясение, террористическая атака, нападение животного), серией связанных и ожидаемых событий (например, воздушные налеты) или продолжительной жизненной ситуацией (например, проживание в семье, где взрослые постоянно скандалят и бьют друг друга, длительное запугивание ребенка или использование его в сексуальных целях) (Axis IV, DC:0-5, 2016). Исследования показывают, что для многих детей разные стрессоры часто существуют одновременно. Разработанная в последние годы гипотеза кумулятивного риска говорит о том, что существование совокупности стресс-факторов является более значимым предиктором для последующей психической травматизации ребенка, чем отдельные стрессоры. Так, весьма показательны данные о том, что долгосрочные психиатрические проблемы у ребенка с большей вероятностью следуют за потерей родителя из-за развода, чем из-за смерти. Это может быть объяснено накопительным эффектом стрессовой нагрузки на ребенка при длительной психотравмирующей ситуации, обычно предшествующей разводу родителей и зачастую долго не заканчивающейся после него. И хотя смерть родителя может очень тяжело переживаться ребенком, научные данные свидетельствуют о том, что в сравнении с разводом эта потеря сама по себе гораздо реже приводит к значительному и длительному нарушению его психического здоровья (Гудман, Скотт, 2008; McNeal, Amato, 1998).

Кроме того, для младенца и маленького ребенка значимым источником стресса может выступать достаточно широкий круг событий и переходных моментов, резко нарушающих привычное течение его каждодневной жизни. В этом качестве могут выступать и события, вполне нормативные для более старших членов семьи: рождение следующего ребенка, переезд, возвращение матери на работу после длительного отпуска по уходу за ребенком,

начало посещения детского сада, помещение к родственникам на период отдыха родителей и т.п. Эти переходные события, так же как и хроническое семейное неблагополучие, могут приводить не к острым стрессовым реакциям или ПТСР, а к *расстройствам адаптации*, характеризующимся главным образом эмоциональными и поведенческими нарушениями у ребенка – высокой тревогой, раздражительностью, длительным унынием, упорным сопротивлением укладыванию спать, вызывающим поведением, вспышками гнева. Важно то, что только часть детей воспринимает эти обстоятельства как сильную стрессовую нагрузку, тогда как другие дети совершают эти переходы плавно и адаптируются к новым условиям достаточно легко (DC:0-5, 2016; Гудман, Скотт, 2008).

### **Факторы, влияющие на возникновение и течение стрессовых расстройств у детей**

Исследования показали, что степень влияния стрессогенных событий на ребенка во многом зависит от трех факторов: особенностей стрессора, а именно его интенсивности, продолжительности и предсказуемости; индивидуальных особенностей темперамента и уровня развития ребенка, обуславливающих тип его эмоционального реагирования и способность к адаптации; способности близких взрослых служить ребенку защитным буфером при стрессе, т.е. по возможности оградить его от отношения к происходящему как к страшной катастрофе и в дальнейшем помочь в регулировании эмоциональных проявлений (Добряков, 2013; Добряков, Трушкина, 2015; Портнова, 2011; Портнова, Серебровская, 2013; DC:0-5, 2016; Thomas, Chess, 1977). Здесь уместно вспомнить о давно известном «феномене социальной ссылки»: в незнакомой для себя ситуации маленький ребенок стремится определить реакцию на нее близкого взрослого и затем сам реагирует таким же образом (Мухамедрахимов, 2003). То есть, если взрослый в критической ситуации находит в себе силы и мужество не демонстрировать маленькому ребенку открыто свои страх, панику и беспомощность, то у последнего значительно повышаются шансы выйти из нее с меньшими потерями для психического здоровья. Семейная среда в целом также может оберегать ребенка от стрессогенных событий и обстоятельств, обеспечивая



ему ощущение защищенности и безопасности и тем самым уменьшая их влияние. Дети тонко наблюдают за тем, как взрослые, являющиеся центральными в их жизни, относятся к происходящему, и часто учатся путем имитации, перенимая поведение и отношение, которые они наблюдают. То, насколько маленький ребенок огражден от чрезмерной тревоги и напряженности, в свою очередь влияет на становление его эмоциональной саморегуляции, доверие в отношениях с людьми и свободу в исследовании окружающего мира.

Однако нельзя забывать и то, что во многих ситуациях психическое здоровье взрослого также подвергается влиянию тяжелых стрессоров, что и у него могут наблюдаться упоминавшиеся выше симптомы острого стрессового расстройства или ПТСР различной степени тяжести. Данные обследования переживших тяжелое стрессовое событие семей говорят о том, что между тяжестью состояний матери и маленького ребенка существует явная зависимость. Ребенок младенческого и раннего возраста еще очень тесно связан с матерью (или другим основным заботящимся лицом), и связь эта проявляется общим эмоциональным или даже физиологическим реагированием. Дети этого возраста способны индуцировать (т.е. воспроизводить, отражать) симптоматику ПТСР матери, составляющей с ними единую материнско-детскую диаду. Тревожные и депрессивные расстройства у матери, пережившей травмирующее событие вместе с ребенком, ее поведенческие нарушения – отказ от взаимодействия с людьми, агрессивность, истеричность – несомненно являются факторами, утяжеляющими состояние ребенка и негативно влияющими на его выздоровление и дальнейшее развитие. Поэтому важно поставить диагноз и начать работать не только с пострадавшим от стрессового события ребенком, но и с его матерью, а при необходимости – и с другими членами семьи. Оказание медико-психологической помощи ребенку первых лет жизни при стрессовых расстройствах должно включать в себя обязательное обследование и лечение взрослого, являющегося для него фигурой привязанности. В некоторых случаях улучшение психического состояния матери, наступившее вследствие проводимого лечения, способно само по себе вызвать уменьшение болезненных проявлений у ее маленького ребенка (Скобло, Трушкина, 2016; Добряков, 2013; Добряков, Трушкина, 2015; Портнова, 2011; Портнова, Серебровская, 2013).

## Заключение

Таким образом, младенцы и дети раннего возраста страдают от воздействия сильного стресса, так же как взрослые люди или более старшие дети, и им также может быть выставлен диагноз стрессового расстройства. При этом события-стрессоры и конкретные проявления расстройств у них могут отличаться. Дети могут подвергаться действию как внезапного стрессора необычной силы, так и хронической психотравмирующей ситуации, и есть данные, что последняя для маленьких детей является более повреждающей. Наличие стрессового расстройства у ребенка может негативно сказываться на ходе и качестве его развития, отражаясь как на познавательных процессах, так и на социальных отношениях.

Поведение близкого взрослого, а именно его непосредственная реакция на стрессор и качество дальнейшего взаимодействия, играет важнейшую роль в формировании стрессового расстройства у маленького ребенка и может как снизить психотравмирующее воздействие обстоятельств, так и усилить его. При обнаружении стрессового расстройства у матери, в лечебный процесс должны быть вовлечены оба члена материнско-детской диады, иначе лечение для ребенка первых лет жизни может оказаться малоэффективным. Терапевтические воздействия на диаду могут включать в себя медикаментозное лечение и психотерапию. Для взрослого обычно применяются методики систематической десенсибилизации и другие техники поведенческой терапии, различные приемы отреагирования болезненного опыта (Никольская, 2013), а также обучение распознаванию триггерных (запускающих) стимулов у ребенка и приемам угашения его патологических реакций (Ранняя диагностика и коррекция, 2007). Для маленьких детей с ПТСР свою эффективность показали специальные методики игровой и арттерапии (Добряков, Никольская, 2013), а также методика Floortime, разработанная в последние годы специально для детей младенческого и раннего возраста с нарушениями психического здоровья (Гринспен, Уидер, 2013).

Специалистам учреждений дошкольного образования желательно знать о признаках стрессовых расстройств у детей первых лет жизни и уметь первично распознать или заподозрить их у ребенка, привлечь внимание семьи к возможным симптомам и рекомендовать обращение к детскому психиатру, психотерапевту или медицинскому психологу. ■



### Литература

1. *Гринспен С., Уидер С.* На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. – М.: Теревинф, 2013.
2. *Гудман Р., Скотт С.* Детская психиатрия. – М.: Триада-Х, 2008.
3. *Добряков И.В.* Острые и посттравматические стрессовые расстройства в детском возрасте // Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Учебное пособие. – Бишкек: Папирус-Print, 2013. – С. 133–155.
4. *Добряков И.В., Никольская И.М.* Методы оказания кризисной психологической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова – Никольской» // Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Учебное пособие. – Бишкек: Папирус-Print, 2013. – С. 301–309.
5. *Добряков И.В., Трушкина С.В.* Клинические проявления стрессовых расстройств у детей раннего возраста // XIII Мнухинские чтения. Расстройства личности, адаптации и поведения в детском и подростковом возрасте / Сборник статей под ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова. – СПб.: Альфа Астра, 2015.
6. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. <http://www.mkb10.ru/>. Дата обращения 15.12.2017.
7. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Речь, 2003.
8. *Никольская И.М.* Метод серийных рисунков и рассказов в кризисной психологической помощи // Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Учебное пособие. – Бишкек: Папирус-Print, 2013. – С. 310–339.
9. *Портнова А.А.* Особенности клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у детей / Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. В 2-х т. Т.1. – М.: Издательство Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2011. – С. 248–275.
10. *Портнова А.А., Серебровская О.В.* Острые стрессовые нарушения у детей раннего возраста // Психиатрия. – 2013. – №4(60). – С. 37–40.
11. Ранняя диагностика и коррекция. Практическое руководство. В 2-х т. Т.2

Нарушения поведения / Под ред. У.Д. Брака. – М.: Академия, 2007.

12. *Скобло Г.В., Трушкина С.В.* Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: связанные с психогенными факторами расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – №12. – С. 81–87.
13. Axis IV: Psychosocial Stressors (2016). In: DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington: ZERO TO TREE. 153–158.
14. Black D. (2002) Bereavement. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4<sup>th</sup> edition. Oxford: Blackwell Science, 299–308.
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Дата обращения 15.12.2017.
16. McNeal C., Amato P.R. (1998) Parents' marital violence: long-term consequence for children. Journal of Family Issues, 19, 123–139.
17. Scheeringa M.S. Posttraumatic stress disorders. In: Zeanah C.H. Jr. (ed.): Handbook of Infant Mental Health. 3rd ed. – New York / London: Guilford Press; 2009.
18. Thomas A., Chess S. Temperament and development. New York: Bruner / Mazel, 1977.
19. ZERO TO TREE. (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO TREE press.
20. ZERO TO TREE. (2016). DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Author.

### References

1. Axis IV: Psychosocial Stressors (2016). In: DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. – Washington: ZERO TO TREE. 153–158.
2. Black D. (2002) Bereavement. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4<sup>th</sup> edition. Oxford: Blackwell Science, 299–308.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. 15.12.2017.
4. Dobryakov I.V. (2013) Ostrye i posttraumaticheskie stressovye rasstrojstva v detskom vozraste. [Acute and post-traumatic stress disorders in childhood]. Okazanie psihologicheskoy



i psihiatricheskoy pomoshhi pri chrezvychajnyh situacijah. Uchebnoe posobie. [Provision of psychological and psychiatric care in emergency situations. Tutorial]. Bishkek, Papirus-Print publ. 133-155.

5. Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. (2013) Metody okazaniya krizisnoj psihologicheskoy pomoshhi detjam s posttravmaticheskimi stressovymi rasstrojstvami v ramkah modeli rehabilitacii «Dobrjakova – Nikol'skoj». [Methods of rendering crisis psychological help to children with post-traumatic stress disorders within the framework of the model of rehabilitation "Dobryakov-Nikolskaya"]. Okazanie psihologicheskoy i psihiatricheskoy pomoshhi pri chrezvychajnyh situacijah. Uchebnoe posobie. [Provision of psychological and psychiatric care in emergency situations. Tutorial]. Bishkek, Papirus-Print publ. 301-309.

6. Dobrjakov I.V., Trushkina S.V. (2015) Klinicheskie projavlenija stressovyh rasstrojstv u detej rannego vozrasta. [Clinical manifestations of stress disorders in young children]. XIII Mnuhinskie chtenija. Rasstrojstva lichnosti, adaptacii i povedenija v detskom i podrostkovom vozraste. [XIII Mnukhin Readings. Disorders of personality, adaptation and behavior in childhood and adolescence]. Sankt-Petersburg, Al'ta Asstra publ.

7. Goodman R., Scott S. (2008) Detskaja psihiatrija. [Child psychiatry]. Moscow, Triada-H publ.

8. Greenspan S., Uieder S. (2013) Na ty s autizmom: ispol'zovanie metodiki Floortime dlja razvitija otnoshenij, obshhenija i myshlenija. [Engaging Autism. Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think]. Moscow, Terevinf publ.

9. McNeal C., Amato P.R. (1998) Parents' marital violence: long-term consequence for children. *Journal of Family Issues*, 19, 123-139.

10. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej MKB-10. Jelektronnaja versija. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision]. <http://www.mkb10.ru/>. 15.12.2017.

11. Muhamedrahimov R.Zh. (2003) Mat' i mladenec: psihologicheskoe vzaimodejstvie. [Mother and infant: psychological interaction]. Sankt-Petersburg, Rech' publ.

12. Nikol'skaja I.M. (2013) Metod serijnyh risunkov i rasskazov v krizisnoj psihologicheskoy pomoshhi. [Method of serial drawings and sto-

ries in crisis psychological help] Okazanie psihologicheskoy i psihiatricheskoy pomoshhi pri chrezvychajnyh situacijah. Uchebnoe posobie. [Provision of psychological and psychiatric care in emergency situations. Tutorial]. Bishkek, Papirus-Print publ. 310-339.

13. Portnova A.A. (2011) Osobennosti klinicheskikh projavlenij posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u detej. [Peculiarities of clinical manifestations of posttraumatic stress disorder in children]. In: Psihiatrija chrezvychajnyh situacij. Rukovodstvo. V 2h tomah. [Psychiatry of emergency situations. Leadership. In 2 volumes]. Moscow, publ. Izdatel'stvo Gosudarstvennogo nauchnogo centra social'noj i sudebnoj psihiatrii im. V.P. Serbskogo. T.1. 248-275.

14. Portnova A.A., Serebrovskaja O.V. (2013) Ostrye stressovye narushenija u detej rannego vozrasta. [Acute stress disorders in young children]. *Psihiatrija*. [Psychiatry]. 4(60), 37-40.

15. Rannjaja diagnostika i korrekcija. (2007) Prakticheskoe rukovodstvo. Pod red. U.D. Braka. V 2h tomah. T.2 «Narushenija povedenija». [Early diagnosis and correction. Practical guidance. Ed. U.B. Brack. Vol. 2 „Violations of behavior“] Moscow, Izdatel'skij centr «Akademija» publ.

16. Scheeringa M.S. (2009) Posttraumatic stress disorders. In: Zeanah C.H. Jr. (ed.): *Handbook of Infant Mental Health*. 3rd ed. New York /London: Guilford Press.

17. Skoblo G.V., Trushkina S.V. (2016) Narushenija psihicheskogo zdorov'ja v pervye gody zhizni: svjazannye s psihogennymi faktorami rasstrojstva. [Mental health disorders in the first years of life: disorders mostly related with psychogenic factors]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. [S.S. Korsakov Journal of Neurology and psychiatry]. 12, 81-87. DOI: 10.17116/nevro2016116121130-136

18. Thomas A., Chess S. (1977) *Temperament and development*. New York, Bruner / Mazel publ.

19. ZERO TO TREE. (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: ZERO TO TREE press.

20. ZERO TO TREE. (2016). *DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Washington, DC: Author.