Теоретические и практические подходы к организации психопрофилактической работы с детским населением первых лет жизни

Г.В. Козловская, Л.Ф. Кремнева, М.А. Калинина, М.В. Иванов

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В настоящее время отмечается рост частоты психической патологии в детской популяции. За последние 20 лет изменилась и структура психической патологии: на первый план вышли расстройства аутистического спектра, в т. ч. инвалидизирующие формы заболевания. Результаты эпидемиологических исследований указывают на увеличение группы риска психических расстройств на фоне уменьшения группы нормы. Психогенные факторы имеют первостепенное значение в развитии тех или иных отклонений в психическом здоровье детей. Среди них основное место занимает формирование диады «мать — дитя». В статье, опираясь, в частности, на основополагающие работы отечественных исследователей, подробно освещаются вопросы формирования оптимального варианта психологического компонента гестационной доминанты, составляющей готовности женщины к материнству, — одного из главных приоритетов ранней психопрофилактики. Выделены группы риска развития психической патологии у детей раннего возраста в зависимости от воздействующих факторов: дети с остаточными церебральными отклонениями вследствие органического поражения центральной нервной системы, дети с проявлениями шизотипического диатеза или другой генетической патологии и дети, находящиеся в депривующих условиях жизни. Сформулированы основные принципы организации психопрофилактической помощи детям — первичной, вторичной и коррекционной. Обоснована необходимость создания специализированных служб ранней психопрофилактической помощи для охраны психического здоровья детей и снижения у них уровня психической патологии, смягчения депривационных нарушений. Подчеркнута необходимость возобновления функционирования психолого-медико-социальных центров, гармонизации дошкольного и школьного образования в виде разукрупнения групп, а также указано на нецелесообразность инклюзивного образования.

Ключевые слова: психическая патология, ранний детский возраст, группа риска, депривация, шизотипический диатез, психопрофилактика.

Для цитирования: Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф., Калинина М.А., Иванов М.В. Теоретические и практические подходы к организации психопрофилактической работы с детским населением первых лет жизни. РМЖ. Мать и дитя. 2020;3(2):126–131. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-2-126-131.

Theoretical and practical approaches to the organization of psychopreventive care in early childhood

G.V. Kozlovskaya, L.F. Kremneva, M.A. Kalinina, M.V. Ivanov

Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The growing prevalence of diagnosed mental health conditions in children is currently reported. Morbidity structure has changed over the last two decades as autism spectrum disorders including debilitating ones have come to the fore. Epidemiological study outcomes demonstrate an increased risk of mental disorders as compared with good mental health. Psychogenic factors are of crucial importance for the development of certain mental health conditions in children. Among them, the development of mother-child dyad is particularly important. This article reviews fundamental articles by domestic authors and describes in detail the development of optimal psychological component of gestational dominance that prepares a woman for maternity being one of the top priorities of early psychoprophylaxis. Toddlers who are at higher risk for mental disorders are categorized into groups depending on contributing factors, i.e., children with residual cerebral abnormalities due to the organic lesion of the central nervous system, children with manifestations of schizotypic diathesis or other genetic disorders, and deprived children. Major principles of the organization of primary, secondary, and corrective psychopreventive care in children are addressed. Specialized services for early psychopreventive care to support mental health and to reduce the prevalence of mental disorders and the severity of deprivation disorders in children are required. The paper also highlights the need for reopening of psychological medical social centers and harmonizing preschool and school education through the disaggregation of groups and classes. Finally, the authors declare that inclusive education is unreasonable.

Keywords: mental disorders, early childhood, risk group, deprivation, schizotypic diathesis, psychoprophylaxis.

For citation: Kozlovskaya G.V., Kremneva L.F., Kalinina M.A., Ivanov M.V. Theoretical and practical approaches to the organization of psychopreventive care in early childhood. Russian Journal of Woman and Child Health. 2020;3(2):126–131. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-2-126-131.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вследствие роста частоты психической патологии в детской популяции начиная с первых лет жизни особенно актуальным становится вопрос о предупреждении (профилактике, в т. ч. первичной) психических нарушений и охраны психического здоровья детей в целом, начиная с антенатального периода жизни ребенка.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

По данным последних эпидемиологических исследований заболеваемости психическими расстройствами детского населения (в среднем по экстенсивным показателям) в сравнении с данными 1990–2000-х годов, частота психической патологии увеличилась с 15,5% до 19,0% [1]. Группа риска по психическим расстройствам выросла с 35,0% до 57,0%, а группа нормы уменьшилась с 49,5% до 25,8% [1]. Изменилась и структура психических нарушений. Значительное место заняли расстройства аутистического спектра: тяжелые, инвалидизирующие формы аутизма составили 12,6%, инфантильные психозы — 6,1% (в целом 18,7%) [1]. Кроме того, по нашим данным, в числе пограничных психических нарушений состояния риска аутистических расстройств составили 13,8% [2].

В популяции детей первых лет жизни психические нарушения эндогенного происхождения выдвинулись на одно из первых мест в ряду психической патологии, но кроме этого имеется и группа риска по психическим заболеваниям [3], обусловленным генетическими, церебрально-органическими и психогенными факторами. Последние, как и ранее, представлены в большинстве (более 90%). Это объясняется тем, что психогенное воздействие имеет место при наличии всех трех групп факторов и накладывает свои особенности на возникающие психические отклонения.

МАТЕРИНСКО-ДЕТСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ — ОСНОВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Психогенные факторы складываются из различных экзогенных психологических вредностей, среди которых в раннем детстве основное место принадлежит искажению детско-родительских или материнско-детских отношений в системе «мать — дитя». Нарушения материнского поведения обуславливает такой психогенный феномен, как психическая депривация, которая, как известно, вызывает различные специфические (депривационные) расстройства у человека, особенно в детском возрасте [4–8].

Есть мнение, что система «мать — дитя» начинает формироваться с дошкольного возраста девочки и далее до периода отрочества, юности, при благоприятных условиях закладываются желание иметь потомство и база для формирования гармоничной системы «мать — дитя». В то же время многие жизненные факторы не способствуют гармоничности этого процесса [8, 9].

Следует отметить, что в настоящее время женщина на пороге материнства нередко оказывается неосведомленной об элементарных особенностях психофизического развития ребенка и своих функциях по уходу за ним, об особенностях его воспитания (общения, способов охраны его психического здоровья и др.). В силу этого подготовка женщины к материнству не должна ограни-

чиваться обучением ее правильному образу жизни в период беременности и правилам физического ухода за ребенком после его рождения, режиму его кормления, сна и бодрствования. В систему подготовки необходимо вводить определенные представления о развитии у ребенка эмоциональной и коммуникативной сфер, способах общения с ним. Причем последнее необходимо начинать еще до его рождения, со II–III триместра внутриутробной жизни. Понятно, что в данном случае требуется высококвалифицированная психологическая помощь, которую необходимо оказывать на этапах беременности, родов и в период младенчества, обучать мать ребенка понимать его и взаимодействовать с ним.

На этапе беременности в коррекцию материнского поведения входят оптимизация ценностной оценки ребенка матерью и семьей в целом, тренинг взаимодействия с внутриутробным ребенком, формирование положительного эмоционального настроя по отношению к беременности, а на первых ее этапах терпимого отношения к возможным субъективно неприятным ощущениям (например, связанным с начальным токсикозом).

Известно, что эмоциональное состояние матери влияет на течение беременности и родов. Оптимистический настрой способствует их нормальному течению, уменьшает риск осложнений, стимулирует формирование оптимального варианта психологического компонента гестационной доминанты [8, 10]. Последняя способствует благополучному вынашиванию плода, формированию психологической готовности к материнству, обеспечивает адекватную внутреннюю материнскую позицию (ребенок желанен, мать общается с ним как мысленно, так и вслух, радуется ему, слушает «вместе с ним» музыку, фантазирует о его будущем и в то же время конструктивно решает возникающие проблемы и т. п.).

К сожалению, далеко не всегда эмоциональное состояние матери способствует формированию оптимального отношения к беременности и будущему ребенку. Отклоняющийся от оптимального типа психологический компонент гестационной доминанты, неблагоприятный ее вариант (гипогестогностический, эйфорический, тревожный и др.) [10], сказывается как на течении беременности, родов, так и в период новорожденности младенца на его здоровье и психическом состоянии матери. Это, в частности, послеродовая депрессия или другие психические отклонения пограничного уровня, вплоть до обострения имеющихся психических заболеваний матери. В этот же период проявляется отношение матери к ребенку — принятие его или непринятие в виде явного или неявного отвержения [11, 12].

Известно, что неготовность матери к материнству напрямую связана с увеличением частоты пренатальной патологии (появление гестоза, угроза прерывания беременности, более тяжело протекающие роды, снижение адаптационных возможностей новорожденного и др.) [10]. По данным эпидемиологических исследований, до 60% всех беременностей протекают с осложнениями [13], а до 80% детей первого года жизни [13] имеют симптоматику пре- и постнатальной энцефалопатии в виде тех или иных отклонений в психофизическом развитии ребенка. Постнатальная энцефалопатия, или проявление резидуальной церебральной патологии вследствие морфофункциональной незрелости мозга, обусловлена последствиями нарушений течения беременности и родов [13, 14].

Отсюда понятна важность профилактической работы, направленной на медицинское предотвращение осложненной беременности и родовспоможения, в сочетании с психологической работой, направленной на формирование у женщины психологической готовности к материнству.

Таким образом, формирование оптимального психологического компонента гестационной доминанты, составляющей готовности женщины к материнству, — один из главных приоритетов ранней психопрофилактики [10].

Следующей значимой составляющей психопрофилактики является выстраивание адекватного поведения матери при взаимодействии с ребенком в системе «мать — дитя» [8–10]. На первом году жизни функционирование системы «мать — дитя» обеспечивается двумя составляющими: поведением ребенка и поведением матери. В первые месяцы жизни ребенка, еще до появления у него самосознания, оптимальное функционирование диады «мать — дитя» обеспечивается близостью матери к ребенку, а в последующем ребенок уже сам может активизироваться, чтобы восстановить близость, достичь удовлетворения своих потребностей [9, 10]. Поведение ребенка в норме диктуется протопатическими (инстинктивными) установками, обуславливая первичную «компетентность» ребенка во взаимоотношениях с внешней средой (в основном с матерью), подавая ей соответствующие сигналы о своих потребностях. Мать ребенка со сформированной материнской доминантой, трансформированной из оптимального варианта гестационной доминанты, понимает протопатический язык ребенка и адекватно реагирует на его сигналы — потребность в кормлении, сне, общении и т. д.

В случае психического или физического нездоровья матери или ребенка детско-родительские взаимоотношения нарушаются. Возникает та или иная степень психической депривации (материнской депривации), превращение ребенка в «социального сироту» вследствие заболевания или неполноты компетентности матери, ребенка или их обоих. Материнская депривация порождает разнообразные нарушения психофизического развития ребенка [6, 7, 8, 15], в т. ч. элементы парааутизма (состояния, аналогичные расстройствам аутистического спектра, но обратимые по существу и психогенные по генезу), которые проявляются в уменьшении потребности ребенка в общении с внешней средой.

Следующим немаловажным фактором психопрофилактической работы является повышение компетентности отца (образование триады «мать — отец — дитя») и других членов семьи (референтная группа), принимающих участие в общении с ребенком и, следовательно, в его воспитании. Коррекция психофизических отклонений в поведении и состоянии ребенка как следствия депривации возможна при единстве требований и установлении авторитетной иерархии взрослых, а также при совместных с ребенком игровых действиях.

Психопрофилактика в группах риска развития психической патологии

Уже в первые месяцы жизни детей представляется возможным выделить трех групп риска по возникновению психической патологии: дети с остаточными церебральными отклонениями вследствие органического поражения центральной нервной системы (первая группа), дети с про-

явлениями шизотипического диатеза (ШД) или другой генетической патологии (вторая группа) и дети, находящиеся в депривующих условиях жизни (третья группа).

Дети из *первой группы* (с органической церебральной патологией) нередко имеют отклонения от поведенческих стандартов нормы, что затрудняет взаимоотношения в системе «мать — дитя». Поэтому психопрофилактическая работа в данной группе детей состоит из комплекса первичных мероприятий по коррекции системы детско-материнских взаимоотношений. Эти мероприятия направлены на уменьшение психогенной роли депривации, вызванной неумелым поведением матери, и заключаются в объяснении особенностей поведения ребенка с данной патологией и обучении матери поведению с ним. Другая часть психопрофилактической работы в этой группе относится к вторичной профилактике — медицинской, лечебной, направленной на терапию резидуальной церебральной патологии младенца.

Вторая группа детей (с ШД) требует также комплексного психопрофилактического воздействия. ШД — генетически обусловленный специфический психоневрологический симптомокомплекс раннего возраста, отражающий наличие генетической предрасположенности к расстройствам шизофренического спектра, характерный для незаболевших лиц [3, 14, 16]. Симптомы ШД по степени выраженности колеблются от отдельных специфических стигм до форпост-симптомов психоза, которые еще не свидетельствуют о начале заболевания, являясь всего лишь его предвестниками, и проходят бесследно [3, 11, 12]. Развитие детей с ШД протекает со специфическими особенностями, основными среди которых являются признаки расщепления (схизиса) в различных сферах организма (вегетативной, неврологической [13, 14, 17–19] и, обязательно, в сфере психических функций). Для такого развития характерно сочетание (сосуществование), с одной стороны, развитых или даже опережающих в развитии отдельных функций и, с другой стороны, отставания других функций в первые месяцы жизни ребенка. Например, игра выглядит как примитивное манипулирование с разбрасыванием игрушек, характерное для возраста 7–8 мес., или выстраивание их в горизонтальные и вертикальные ряды вокруг себя. При этом детям доступно сложное конструирование пазлов или конструкций Lego; или, например, владение навыками самообслуживания и одновременно неумение выполнить элементарные действия при приеме пищи, одевании, гигиенических отправлениях; или сочетание лепетной и развитой речи и т. п. Кроме того, для ШД характерен дефицит эмоциональных реакций и общения. Ребенок не радуется встрече с близкими, матерью, чему-то новому, не смотрит в глаза, не просится на руки, чаще всего отстранен от окружающего, существует как бы сам по себе, улыбается редко, мимолетно и безадресно. Такое поведение ребенка непонятно родным, при этом нередко мать обвиняют в неправильном воспитании, что порождает напряженность во внутрисемейных отношениях. Моторика в таких случаях также может развиваться своеобразно, с нарушением последовательности формирования двигательных навыков (например, полное отсутствие периода ползания, развитие мелкой моторики раньше крупной, нередко вычурная походка — «на цыпочках») [3, 12, 17].

В неврологическом статусе наблюдаются мягкие нелокализованные неврологические знаки (ННЗ), как называют

их С. Медник, А.В. Горюнова, Г.Н. Шимонова [13, 14, 20], и также относимые к предикторам шизофрении, т.е. без наличия текущего болезненного процесса. В их числе — специфические движения глазных яблок, гипомимия и парамимия, мышечная гипотония, редукция постуральных рефлексов, хореоатетоз пальцев, переходящие парезы конечностей и др. ННЗ могут наблюдаться кратковременно в виде отдельных симптомов или комплексно, спонтанно редуцироваться и возникать вновь при неблагоприятных изменениях среды или состояния ребенка.

Таким образом, психоневрологический статус ребенка с ШД представляет сложный симптомокомплекс. Он включает в себя различные психические расстройства и генетически обусловленные отклонения развития от нормы, не являющиеся болезнью, а представляющие собой почву [3, 13–15], на которой могут возникать спонтанно или запускаться депривационно различные психические расстройства. Ребенок с ШД в силу эмоционального и коммуникативного дефицита сам нарушает функционирование системы «мать — дитя». Потому на фоне ШД наблюдаются психические дисфункции в виде кратковременных и пролонгированных пограничных невротоподобных или психопатоподобных нарушений — двигательных стереотипий, расстройств сна, пищевого поведения, страхов и др. Иногда могут развиваться и эпизоды психотических нарушений — ночные бдения, протопатические (панические) страхи, бредоподобное сверхценное фантазирование и др. [3].

Первичную психопрофилактическую работу с данной группой детей необходимо строить также двояко: как вторичную профилактику, сочетая медицинскую психоневрологическую помощь при плюс-симптоматике на фоне ШД, и как активную психологическую стимуляцию дефицитарных и сохранных психических функций. Психопрофилактическая работа необходима в целях смягчения депривационных условий воспитания ребенка и должна сочетаться с обучением матери навыкам взаимодействия с ребенком, имеющим психические отклонения в развитии, в конечном итоге для гармонизации системы «мать — дитя».

Третья группа (депривационная) объединяет детей с различными формами психической депривации: социальной, сенсорной, эмоциональной, детей, находящихся в условиях физического и жестокого обращения и, прежде всего, материнской депривации («социального сиротства») [4, 6], а также в условиях нарушенной системы «мать — дитя» [8, 9]. Депривационный симптомокомплекс также имеет ряд специфических особенностей и динамику расстройств. Это — скрытая, соматовегетативная и другого типа депривационная депрессия; двигательные стереотипии как эквиваленты дефицита воздействий окружающей среды; парааутистическое поведение; задержка психического и физического развития; формирование дефицитарной личности с расстройством феномена привязанности, эмоционально-волевым дефицитом, инфантилизмом и, особенно, социальной незрелостью [3, 6, 8, 15].

В этой группе психопрофилактика должна быть направлена на редукцию депривационного фактора, гармонизацию диадитической системы, коррекцию материнского поведения или создание имитации детско-материнских взаимодействий. Эта форма профилактической работы относится прежде всего к первичной профилактике, но остается актуальной и при проведении вторичной пси-

хопрофилактики (терапевтической), при наличии в статусе ребенка депривационных расстройств.

Все виды психопрофилактики (первичная, вторичная — лечебная и третичная — коррекционная, реабилитационная, а в ряде случаев и абилитационная) должны опираться на основополагающие интрапсихические структуры психики, что особенно значимо в раннем периоде жизни человека. Психическая активность (в понимании Л.С. Выготского) [21], любознательность (творческая поисковая активность), инстинкт свободы, мотивация действия, эффект результативности, движение к успеху через неуспех (преодоление), установка на адекватный эмоциональный резонанс — все это лежит в основе компетентности ребенка в его стремлении к освоению мира в целом [4, 21, 22].

Кроме того, профилактическую работу в детском возрасте, по мнению известного отечественного детского психолога О.В. Баженовой [22], необходимо проводить даже в условиях изначально поврежденного онтогенеза, особенно раннего. Работа строится по следующим основным направлениям:

- 1) уменьшение действия повреждающего фактора — лечение, коррекция (гармонизация) среды или изъятие ребенка из психогенной среды;
- 2) при невозможности изменения среды или излечения ребенка — изменение отношения близких к воздействию фактора среды и/или к дисфункциональному состоянию ребенка;
- 3) стимуляция развития как сохранных, так и искаженных функций для оптимизации психофизического развития в целом;
- 4) уважительное отношение к ребенку, учет его собственных устремлений с одновременной их коррекцией и гармонизацией;
- 5) терпеливая, настойчивая, эмоционально положительно окрашенная коррекционная работа, установка на успешный результат [4, 22].

Следует подчеркнуть, что профилактическая работа в каждой из указанных трех групп детей требует: знания особенностей психологии конкретного ребенка и детско-родительских отношений в семье; определения выраженности того или иного повреждающего онтогенез фактора; планирования комплексной профилактической работы для бригады специалистов — педиатра, невролога, детского психиатра в их тесной преемственности и группы психологов, знакомых с ранней психологией, а также с психотерапией взрослых.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, необходимость формирования службы ранней психопрофилактической помощи в структуре ранней специализированной психиатрической помощи для охраны психического здоровья детей и снижения уровня пораженности психической патологией в детской популяции очевидна. Такое направление, как микропсихиатрия, в нашей стране стало развиваться относительно недавно, прежде всего в ФГБУ НЦПЗ. Подготовка и обучение специалистов в данной области в масштабе государства пока не организованы, чем объясняется малое количество работ по указанной тематике. Большинство из них опубликованы относительно давно, но считаются основополагающими.

Между тем задачи ранней психопрофилактики огромны. Необходимо создание специализированных служб на стыке психоневрологии и общей педиатрической и акушерской помощи при женских консультациях и роддомах — для будущих матерей и родильниц, а также служб (кабинетов) в детских поликлиниках, дошкольных учреждениях — для детей с психологическими отклонениями. Целесообразно создание и психологических консультаций для матерей, где они могли бы пройти обучение адекватному взаимодействию с проблемным ребенком. Все перечисленные виды медико-психологической помощи целесообразно объединить в единую структуру по типу детских центров медико-психологического сопровождения. Опыт работы таких учреждений есть. Они действовали в 1990-х годах и были расформированы в 2010-х. Настоящее состояние психического здоровья детского населения настоятельно требует возобновления работы таких структур.

Кроме того, необходимо выделить важнейшие направления в общем и психическом оздоровлении подрастающего поколения (социальной психопрофилактике).

Первое — направить внимание общества и государственных органов на гармонизацию дошкольного и школьного образования. Для этого следует уменьшить количество детей в группах дошкольного воспитания и классах школы в соответствии с нормативами 1920–1960 годов (не более 20 детей в группе, классе для здоровых детей и 7–8 в группах детей с отклонениями в развитии, как уже было в нашей стране).

Второе — утвердить нецелесообразность инклюзивного образования, совмещения в процессе обучения или дошкольного пребывания здоровых и нездоровых (особенно психически нездоровых) детей. Как показывает научно обоснованный зарубежный и отечественный опыт, данное совмещение не полезно для обеих групп детей, несмотря на помощь сопровождающих лиц.

Литература

1. Козловская Г.В. Психиатрия раннего возраста: клинические аспекты, профилактика, организация помощи, перспективы. В сб. матер. Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно «Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков». М.; 2018.
2. Симашкова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В. и др. Предварительные результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста в России (данные за 2017 г.). В сб.: Психиатрическая наука в истории и перспективе. Матер. Юбилейной Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. 2019.
3. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении. Психиатрия. 2013;4(60):2731.
4. Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В. Проблема внутрисемейного физического и сексуального насилия над детьми. Диагностика, клиника и коррекция: пособие для специалистов. М.: Медицинское информационное агентство; 2019.
5. Berthelot N., Paccalet Th., Gilbert E. et al. Childhood Abuse and Neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. J Psychiatry Neurosci. 2015;40(5):336–342. DOI: 10.1503/jpn. 140211/.
6. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1996.
7. Голубева Н.И., Калинина М.А., Козловская Г.В. Депривующее влияние материнской депрессии на структуру и тяжесть депрессии у детей раннего возраста. Психиатрия. 2015;3(67):22–27.
8. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Психическое развитие детей раннего возраста при нарушениях материнского поведения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003;3(2):19–24.
9. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие. М.: Изд-во Института психотерапии; 2002.
10. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер; 2010.
11. Torbeyns M., Claes S., Morrens M., Hompes T. Prenatal psychological stress and the development of affective disorders in children: literature review. Tijdschr Psychiatr. 2018;60(10):699–709.

12. Leclerc Ch., Viaux S., Avril M. et al. Why Synchrony Matters during Mother-Child Interactions: A Systematic Review. PloS One. 2014;9(12):e113571. DOI: 10. 1371/journal.pone.0113571.
13. Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Калинина М.А. Вегетативный статус и его особенности у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018;18(3):4–14.
14. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении (проспективное исследование детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1995.
15. Калинина М.А., Козловская Г.В., Королева Т.Н. Депрессивные состояния в раннем возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997;8:8–12.
16. Ануфриев А.К., Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста групп высокого риска по эндогенным психозам. XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР: тезисы докладов. Рига; 1985.
17. Halayem S., Hammami M., Fakhfakh R. et al. [Adaptation and validation of the neurological soft sign's scale of Krebs et al. to children]. Encephale. 2017;43(2):128–134. DOI: 10.1016/j.encep.2016.02.018.
18. Manschreck T.C., Chun J., Merrill A.M. et al. Impaired Motor Performance in Adolescents at Familial High-Risk for Schizophrenia. Schizophr Res. 2015;168(1–2):44–49. DOI: 10.1016/j.schres.2015.06.013.
19. Иванов М.В. Пространственные представления у детей и юношей с расстройствами шизотипического спектра. Известия Пензенского гос. пед. ун-та им. В.Г. Белинского. Гуманитарные науки. 2012;28:1245–1248.
20. Hameed M.A., Lingam R., Zammit S. et al. Trajectories of Early Childhood Developmental Skills and Early Adolescent Psychotic Experiences: Findings from the ALSPAC UK Birth Cohort. Front Psychol. 2017;8:2314. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02314.
21. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.; 1960.
22. Козловская Г.В., Баженова О.В. Микрropsychиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1995;5:48–51.

References

1. Kozlovskaya G.V. Psychiatry of early age: clinical aspects, prevention, organization of care, prospects. In the collection of materials of the All-Russian scientific-practical conference with international participation, dedicated to the 100th anniversary of the birth of Professor M.Sh. Vrono "Clinical, biological, psychological and social aspects of mental disorders in children and adolescents". M.; 2018 (in Russ.).
2. Simashkova N.V., Ivanov M.V., Kozlovskaya G.V. et al. Preliminary results of epidemiological screening of the risk of mental disorders in young children in Russia (data for 2017). In the collection: Psychiatric science in history and perspective. Materials of the Anniversary All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation dedicated to the 75th anniversary of the Scientific Center for Mental Health. 2019 (in Russ.).
3. Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A. Early schizotypic diathesis as a predictor of schizophrenia. Psychiatry. 2013;4(60):27–31 (in Russ.).
4. Margolina I.A., Platonova N.V., Ivanov M.V., Kozlovskaya G.V. The problem of intra-family physical and sexual abuse of children. Diagnosis, clinic and correction: A manual for specialists. M.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2019 (in Russ.).
5. Berthelot N., Paccalet Th., Gilbert E. et al. Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. J Psychiatry Neurosci. 2015;40(5):336–342. DOI: 10.1503/jpn. 140211/.
6. Proselkova M.O. Features of the mental health of children — orphans (age and dynamic aspects): thesis. M.; 1996 (in Russ.).
7. Golubeva N.I., Kalinina M.A., Kozlovskaya G.V. The depriving effect of maternal depression on the structure and severity of depression in young children. Psychiatry. 2015;3(67):22–27 (in Russ.).
8. Rimashevskaya N.V., Kremneva L.F. Mental development of young children with impaired maternal behavior. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2003;3(2):19–24 (in Russ.).
9. Filippova G.G. The Psychology of Maternity: A Study Guide. M.: Publishing house of the Institute of Psychotherapy; 2002 (in Russ.).
10. Dobryakov I.V. Perinatal Psychology. St. Petersburg: Peter; 2010 (in Russ.).
11. Torbeyns M., Claes S., Morrens M., Hompes T. Prenatal psychological stress and the development of affective disorders in children: literature review. Tijdschr Psychiatr. 2018;60(10):699–709.
12. Leclerc Ch., Viaux S., Avril M. et al. Why Synchrony Matters during Mother-Child Interactions: A Systematic Review. PloS One. 2014;9(12):e113571. DOI: 10. 1371/journal.pone.0113571.
13. Shimonova G.N., Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A. Vegetative status and its features in young children with autism spectrum disorders. Mental health of children and adolescents. 2018;18(3):4–14 (in Russ.).
14. Goryunova A.V. Neurological precursors and markers of predisposition to schizophrenia (a prospective study of young children from the high-risk group for schizophrenia): thesis. M.; 1985 (in Russ.).
15. Kalinina M.A., Kozlovskaya G.V., Koroleva T.N. Depressive conditions at an early age. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 1997;8:8–12 (in Russ.).

16. Anufriev A.K., Kozlovskaya G.V. The study of schizotypic dysontogenesis in young children at high risk for endogenous psychoses. XI Congress of Neuropathologists, Psychiatrists and Neurosurgeons of the Latvian SSR. Abstracts of reports. Latvia, Riga. 1985 (in Russ.).
17. Halayem S., Hammami M., Fakhfakh R. et al. [Adaptation and validation of the neurological soft sign's scale of Krebs et al. to children]. *Encephale*. 2017;43(2):128–134. DOI: 10.1016/j.encep.2016.02.018/.
18. Manschreck T.C., Chun J., Merrill A.M. et al. Impaired Motor Performance in Adolescents at Familial High-Risk for Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2015;168(1–2):44–49. DOI: 10.1016/j.schres.2015.06.013.
19. Ivanov M.V. Spatial representations in children and youth with schizophrenic spectrum disorders. *Izvestia Penzinskogo Pedagogicheskogo Universiteta imeni V.G. Belinskogo. Humanitarian sciences*. 2012;28:1245–1248 (in Russ.).
20. Hameed M.A., Lingam R., Zammit S. et al. Trajectories of early childhood developmental skills and early adolescent psychotic experiences: Findings from the ALSPAC UK birth cohort. *Front Psychol*. 2017;8:2314. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02314.
21. Vygotsky L.S. The development of higher mental functions. M.; 1960 (in Russ.).
22. Kozlovskaya G.V., Bazhenova O.V. Micropsychiatry and the possibility of correction of mental disorders in infancy. *S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 1995;5:48–51 (in Russ.).

Сведения об авторах:

Козловская Галина Вячеславовна — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела детской психиатрии, психиатр, ORCID iD 0000-0001-6299-1450;

Калинина Марина Анатольевна — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии, психиатр, ORCID iD 0000-0003-2216-3989;

Кремнева Лидия Федоровна — к.м.н., старший научный сотрудник отдела детской психиатрии, психиатр, ORCID iD 0000-0001-8559-6402;

Иванов Михаил Владимирович — к.п.н., старший научный сотрудник, психолог, ORCID iD 0000-0002-3853-4345.

ФГБУН НЦПЗ. 115552, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34.

Контактная информация: Калинина Марина Анатольевна. e-mail: detotdel@mail.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** Статья поступила 11.11.2019.

About the authors:

Galina V. Kozlovskaya — MD, PhD, Professor, principal researcher of the Division of Child Psychiatry, ORCID iD 0000-0001-6299-1450;

Marina A. Kalinina — MD, PhD, leading researcher of the Division of Child Psychiatry, ORCID iD 0000-0003-2216-3989;

Lidiya F. Kremneva — MD, PhD, senior researcher of the Division of Child Psychiatry, ORCID iD 0000-0001-8559-6402;

Mikhail V. Ivanov — MD, PhD, senior researcher of the Division of Child Psychiatry, ORCID iD 0000-0002-3853-4345.

Mental Health Research Center. 34, Kashirskoe road, Moscow, 115552, Russian Federation.

Contact information: Marina A. Kalinina. e-mail: detotdel@mail.ru.

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned. There is no conflict of interests. Received 11.11.2019.