

**Помощь детям раннего возраста с нарушениями психического здоровья:  
междисциплинарный подход**

**Трушкина С.В.**

*Трушкина Светлана Валерьевна*

*кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Российская Федерация.*

*E-mail: trushkinasv@gmail.com*

**Аннотация.** В последние десятилетия рост частоты встречаемости нарушений психического здоровья у детей раннего возраста вызвал активное развитие форм немедицинской помощи. Психологическая и педагогическая коррекция, социальная реабилитация заняли важное место в системе оказания помощи больному ребенку и его семье. Среди специалистов растет понимание необходимости интеграции усилий, однако, на практике выстраивание комплексной междисциплинарной помощи сталкивается со значительными трудностями взаимопонимания и взаимодействия специалистов. Одним из возможных путей решения этих проблем может стать использование международной «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» — «DC: 0-3R», в адаптированном к российской практике виде. В статье представлены диагностические оси «DC: 0-3R». Ось I «Клинические нарушения» адресована детским психиатрам и состоит из диагностических рубрик, включающих в себя всю раннюю детскую психопатологию. Ось II «Классификация взаимоотношений» позволяет клиническим психологам количественно оценить детско-родительские отношения и отнести выявленные нарушения к определенному типу. Ось III «Нарушения здоровья и развития» относится к профессиональной компетенции врачей непсихиатрического профиля и предназначена для регистрации соматической патологии ребенка, включая наследственные синдромы и отклонения развития. Ось IV «Психологические стрессоры» оценивает действие психологических стрессоров разной природы, учитывая специфику младенческого и раннего возраста. Ось V «Эмоциональное и социальное функционирование» предназначена детским психологам для оценки уровня социально-эмоционального развития ребенка и его способности к регуляции поведения в процессе общения и взаимодействия с людьми. Комплексная оценка состояния ребенка дает возможность разработать междисциплинарную терапевтическую программу.

**Ключевые слова:** пограничная психическая патология; раннее детство; DC: 0-3; DC: 0-3R; междисциплинарный подход; комплексные программы помощи.

УДК 616.89-053.37

**Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008**

Трушкина С.В. Помощь детям раннего возраста с нарушениями психического здоровья: междисциплинарный подход // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 2(31). – С. 5 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

*Поступила в редакцию: 10.02.2015    Прошла рецензирование: 01.03.2015    Опубликована: 23.03.2015*

В последние десятилетия как в России, так и во всем мире наблюдается рост распространенности психических заболеваний у детей, в том числе в раннем возрасте. Так, например, эпидемиологические исследования последних лет указывают на рост частоты встречаемости аутистических расстройств у детей [23; 32]. Согласно данным мониторинга Национального агентства по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), в 2007 году один случай расстройств аутистического спектра приходился на 150 детей, в 2009 году — на 110 детей, в 2012 году — на 88 детей [25]. В России официальная статистика частоты встречаемости РАС

не ведется, но приблизительно, согласно косвенным данным, она может быть оценена как 50—60 случаев на 10 тысяч детского населения [8]. Можно также говорить о широкой распространенности гиперкинетических синдромов, которые сегодня являются основной причиной школьной дизадаптации. При этом в большом числе случаев СДВГ становится отчетлив для диагностики уже в раннем и дошкольном возрасте. Невропатические состояния у маленьких детей, представляющие собой предпосылки развития будущих аффективно-тревожных, психосоматических и других психических нарушений, часто встречаются уже на первом году жизни [16; 17]. Все больше появляется сведений о широкой распространенности стрессовых расстройств среди детей раннего возраста, подвергшихся физической либо психической травматизации [4; 10; 11; 13; 29].

Рост частоты и изменение структуры психических заболеваний у детей закономерно вызвали зарождение и развитие новых методов и форм помощи. При этом за последние два десятилетия произошел отход от понимания психического заболевания у ребенка как исключительно медицинской проблемы. Стало ясно, что во многих случаях изолированная медикаментозная терапия сама по себе не обеспечивает ни оптимального хода развития ребенка, ни устойчивого повышения качества жизни маленького пациента и его семьи. Следствием недостаточной эффективности психиатрических служб как в России, так и за рубежом стало развитие альтернативных форм помощи ребенку и семье — психологической и педагогической коррекции, социальной реабилитации, а также возникновение новых научных и практических направлений в клинической психологии, коррекционной педагогике и социальной работе. Появились и новые учреждения немедицинского профиля, которые ведут работу с детьми раннего возраста, имеющими нарушения психического здоровья и развития. В нашей стране к ним относятся службы ранней помощи, лекотеки, психолого-педагогические центры, социальные центры помощи семье и детям, коррекционные детские сады и т. д. Накопленный опыт убедительно показал, что эффективная терапия психических расстройств у маленьких детей должна быть комплексной, т. е. помимо фармакотерапии она должна включать в себя самые разные виды психологических и педагогических воздействий, направленных как на ребенка, так и на членов его семьи [14; 20]. Это могут быть специальные коррекционные и развивающие занятия с ребенком, различные виды психотерапии для ребенка (например, игровая или арт-терапия), психообразование и психологическая поддержка для членов семьи, психокоррекция детско-родительских отношений, организация медико-психолого-социального сопровождения ребенка и семьи на всех этапах реабилитации, определение индивидуального образовательного маршрута для ребенка, инклюзивное образование и т. д. [1; 5; 9].

Тезис о необходимости выстраивания комплексной междисциплинарной помощи осознан и принят (полностью или частично) многими детскими психиатрами [5; 15; 18]. В понятие «лечение» в случае психической патологии у маленького ребенка вкладывается существенно более широкий смысл, нежели назначение лекарственных препаратов. К примеру, Р. Гудман и С. Скотт в книге «Детская психиатрия» 2007 года издания прямо указывают на то, что в случае расстройства аутистического спектра назначение ребенку психотропных, антиэпилептических, антидепрессивных и стимулирующих препаратов может смягчить сопутствующие симптомы, не излечивая ключевых симптомов аутизма, в то время как ведущими направлениями при лечении детей с РАС являются «...подбор соответствующего образования и предоставление необходимой поддержки родителям» [3, с. 70]. Б.Е. Микиртумов и его соавторы в книге «Клиническая психиатрия раннего детского возраста» 2001 года издания обозначили свою позицию, назвав психиатрию детей раннего возраста психиатрией родительно-детских отношений [7]. Тем не менее в распространенной отечественной науке и практике сохраняется ситуация, при которой различные виды помощи ребенку с нарушением психического здоровья существуют в отрыве, если не сказать — в изоляции, друг от друга. Специалисты, имеющие непосредственное отношение к решению проблем ребенка — врачи, психологи, социальные работники, педагоги, —

относятся к разным ведомствам и должны выстраивать свою работу в соответствии с существующими регламентами, не предусматривающими, как правило, взаимодействия с другими структурами. К сожалению, российский опыт свидетельствует о значительных трудностях и при осуществлении комплексного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению детей.

Например, если семья обращается за помощью в центры психолого-педагогической и социальной помощи, то, в общем, она находит там возможность ведения ребенка группой специалистов разного профиля. Однако детский психиатр часто отсутствует в штате этих учреждений. Если же семья обращается в государственную психиатрическую службу, то сотрудничество детского психиатра с перечисленными выше специалистами не предусмотрено регламентом. При этом большинство детских психиатров либо не знают о существовании специалистов и организаций, оказывающих немедицинскую помощь психически больным детям, либо не понимают ее содержания и не верят в ее эффективность. Специалисты педагогического и психологического профиля, в свою очередь, нередко выражают убежденность во вреде медикаментозного лечения и даже требуют его отмены как условия оказания помощи.

Следует особо отметить, что рост статистических показателей заболеваемости происходит, в том числе, за счет все большего выявления и диагностирования случаев психических заболеваний с неяркой, пограничной симптоматикой [2; 3; 6; 24]. Таких случаев в десятки раз больше, нежели тяжелых, подпадающих под все критерии диагностики и приводящих к инвалидности, на которые традиционно ориентирована детская психиатрия в России. Ребенок раннего возраста с пограничным уровнем психических нарушений зачастую не воспринимается как больной, поэтому он своевременно не попадает к специалистам и не получает специализированной помощи. Даже если ход психического развития малыша вызывает у его родителей тревогу и озабоченность, а жизнь семьи все более осложняется из-за его поведенческих и эмоциональных проблем, вероятность обращения к психиатру весьма мала. Практика показывает, что ребенка в лучшем случае покажут неврологу. Поскольку психические и неврологические отклонения в раннем возрасте имеют высокую коморбидность, невролог, как правило, видит свою симптоматику и сосредотачивает терапию на ней. При этом пограничная психическая патология не распознается и, соответственно, не лечится. Но даже детям, все же попавшим к детскому психиатру, с большой долей вероятности диагноз не будет поставлен — из-за недостаточной разработанности и внедрения в отечественную лечебную практику форм стандартизированной диагностики психических расстройств в раннем возрасте [17].

Более надежному выявлению психической патологии в раннем детском возрасте может способствовать использование международной «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве». Она была издана в 1994 году (сокращенное название издания «DC: 0-3») [26], а в 2005 году выдержала ревизию и переиздание («DC: 0-3R») [27; 28]. Этот диагностический инструмент создавался и «доводился» большим коллективом авторитетных детских психиатров и психологов и получил за рубежом широкую известность [31]. Классификация построена в соответствии с принципами многоосевой диагностики и позволяет оценить состояние ребенка по пяти независимым направлениям, давая в результате весьма емкую клиническую картину. DC: 0-3R соотносится с другими классификационными системами (DSM-IV, МКБ-10) и может использоваться как дополнительная диагностическая классификация, которая отражает специфику психических нарушений в младенческом и раннем возрасте [26; 30].

Актуальность работы по адаптации и апробации DC:0-3R на российских выборках, проводимой нами в последние годы [16; 17; 18; 22], продиктована отсутствием единых диагностических стандартов в отечественной ранней детской психопатологии, что вызывает значительные трудности в работе практикующих детских психиатров. Необходимость таких стандартов стала еще более ощутима после выхода приказа

Минздрава РФ № 1346н от 21.12.2012 г. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», который предусматривает проведение детскими психиатрами диспансеризации детей в возрасте одного года и трех лет [12]. Большинство психиатров сейчас не готово даже к изолированной диагностике ранних психических расстройств, не говоря уже о подходах, основанных на междисциплинарном взаимодействии.

Ниже будут кратко представлены диагностические оси DC: 0-3R. К каждой из них после ее описания будет дана небольшая иллюстрация применения на примере такой распространенной и приобретающей все большую социальную значимость психической патологии, как ранний детский аутизм.

Ось I «Клинические нарушения» адресована детским психиатрам. Она состоит из ряда диагностических рубрик, компактно включающих в себя практически всю раннюю детскую психопатологию в ее синдромальном отражении. В рубрики последовательно входят психогенные нарушения (ПТСР и синдром депривации), расстройства аффекта, расстройства адаптации, так называемые расстройства регуляции сенсорных процессов (в терминологии российских психиатров это варианты невропатии и СДВГ), поведенческие расстройства, связанные со сном и приемом пищи, нарушения связей и коммуникаций (аналог расстройств аутистического спектра для возраста младше трех лет) [27]. Для последнего вида расстройств по Оси I проводится оценка степени выраженности клинической симптоматики: определение степени нарушения эмоциональных связей с матерью (или другим главным ухаживающим лицом), изменения аффекта и протекания сенсорных процессов, особенностей довербальной и ранней вербальной коммуникации. Для каждой группы приведенных симптомов имеются свои критерии тяжести поражения.

Ось II «Классификация взаимоотношений» позволяет дать количественную оценку детско-родительским отношениям, которые часто лежат в основе патологии или модифицируют ее, а также отнести выявленные нарушения к определенному типу. Количественная оценка осуществляется путем применения специально разработанной столбальной шкалы. Отношения, получившие менее 40 баллов, считаются нарушенными, от 40 до 80 — имеющими признаки неблагополучия, более 80 — адаптированными. Диагностика по этой оси проводится психологом при непосредственном наблюдении за родительно-детским взаимодействием с опорой на содержащиеся в классификации маркеры нарушенных отношений [Там же]. Вторая ось очень часто показывает, что отношение родителя к ребенку-аутисту оценивается ниже чем в 40 баллов, что свидетельствует об его патологичности и травматичности как для ребенка, так и для самого родителя. Интеракции в диаде характеризуются привычным негативным аффективным фоном, члены диады, как правило, испытывают тревогу, гнев, подавленность, чувство отвержения, что сказывается на их поведении и способности справляться с проблемами. Что касается типа нарушенных отношений, то чаще других встречается «низковключенный» тип, когда родитель нечувствителен к объективным проблемам или нуждам своего ребенка, склонен замечать не все из них, не всегда и вне связи с конкретной ситуацией и собственными действиями, а также стремится свести общение с ребенком к минимуму или сделать его формальным. Не редкостью также является «враждебный» тип с многочисленными ограничениями и наказаниями для ребенка, его негативизмом и яростным сопротивлением родительским требованиям, превращающим жизнь семьи в арену военных действий.

Ось III «Нарушения здоровья и развития» предназначена для регистрации соматической, неврологической и другой биологически обусловленной патологии ребенка, включая различные наследственные синдромы и отклонения развития. Сфера этих нарушений относится к профессиональной компетенции врачей непсихиатрического профиля — от педиатров и неврологов до генетиков. Диагностика по этой оси осуществляется с применением соответствующих кодов из МКБ-10, а также кодов специальных классификаций нарушений речевого развития, умственной отсталости и др. [Там же]. В диагностике PAC по Оси III могут быть обозначены



генетическая синдромальность имеющейся формы аутизма, наличие и квалификация эпिसимптоматики, степень умственной отсталости, если она имеет место, спектр неврологических признаков, а также нередкие сопутствующие соматические расстройства: аллергические проявления, целиакия, грибковые поражения, повышенное содержание солей тяжелых металлов и др.

При использовании Оси IV «Психологические стрессоры» оценивается наличие и степень влияния на состояние ребенка психологических стрессоров самой разной природы. При этом учитывается специфика младенческого и раннего возраста. Использование этой оси не требует определенной квалификации, т. к. она содержит в себе необходимую информацию об особых ситуациях или обстоятельствах жизни ребенка, способных вызвать стрессовые реакции у маленького ребенка. Требуемые сведения могут быть собраны врачом, психологом, социальным работником. Учет стрессоров важен, т. к. они имеют провокационное значение и влияют на динамику и степень выраженности симптомов [Там же]. Так, начало аутистических проявлений у ребенка второго года жизни может быть связано по времени с его госпитализацией, проведением профилактической прививки или с рождением сиблинга.

Ось V «Эмоциональное и социальное функционирование» оценивает уровень социально-эмоционального развития ребенка, достигнутый им на момент обследования. Предлагаются семь уровней развития ребенка от рождения до четырех лет, характеризующие его способность к регуляции поведения в процессе общения и взаимодействия с людьми, а также развитие средств общения. Оценка производится детским психологом в непосредственном наблюдении за ребенком, в ходе общения и диагностической игры [Там же]. Определение уровня эмоционально-социального развития аутичного ребенка крайне важно, поскольку нарушения эмоционально-мотивационной сферы и социального взаимодействия являются ведущими в картине заболевания. Располагая четким представлением о содержании, последовательности и нормативном возрасте достижения уровней социального развития, которые изложены в DC:03R, специалист (психолог или коррекционный педагог) может более уверенно и обоснованно планировать развивающие программы, формулируя их цели более конкретно и опираясь на уже достигнутые ребенком уровни.

Комплексная оценка состояния ребенка с РАС дает возможность разработать междисциплинарную терапевтическую программу, в которую могут входить самые разные блоки: психофармакология, иммуномодулирующая терапия, физиотерапия, программы поведенческого и речевого развития, игровая терапия, семейная терапия (особенно в плане коррекции детско-родительских отношений, психологической и, при необходимости, психиатрической помощи родителям), методы сенсорной интеграции, диетотерапия и т. д. Построение и реализация такой программы требует совместной работы разных специалистов — детских и «взрослых» психиатров, медицинских и семейных психологов, педиатров, неврологов, диетологов, логопедов, коррекционных педагогов, двигательных терапевтов, эрготерапевтов и других. Комплексные терапевтические программы, основанные на систематизированном междисциплинарном подходе в рамках DC: 0-3R, могут быть с успехом разработаны для любых других форм психопатологических расстройств раннего возраста.

### **Литература**

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М.: Генезис, 2006. – 256 с.
2. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. – М.: Теревинф, 2013. – 512 с.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – М.: Триада-Х, 2008. – 408 с.

4. Зубова Е.А. Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2001. – № 1. – С. 120–128.
5. Иовчук Н.М. Психосоциальные аспекты интеграции детей с психической патологией // Интеграция детей с особенностями развития в образовательное пространство: сборник статей, методич. матер., нормативно-правовых док. / под ред. Л.М. Шипициной. – М.: Ритм, 2006. – С. 86–100.
6. К диагностической дифференциации задержек психического развития в дошкольном возрасте / А.О. Дробинская, Е.В. Корень, Ю.В. Коваленко [и др.] // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2014. – № 2. – С. 8–14.
7. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб., 2001.
8. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: учебно-методическое пособие. – М., 2014.
9. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных: методич. реком. / Т.А. Солохина, В.С. Ястребов, А.И. Цапенко [и др.]. – М., 2012.
10. Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007.
11. Портнова А.А., Серебровская О.В. Острые стрессовые нарушения у детей раннего возраста // Психиатрия. – 2013. – № 4(60). – С. 37–40.
12. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» // Официальный сайт Минздрава РФ [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5450-prikaz-minzdrava-rossii-ot-21-dekabrya-2012-g-n-1346n> (дата обращения 10.02.2015).
13. Проселкова М.Е., Марголина И.А. Клиника и патогенез нарушений психического развития у детей из условий хронического физического насилия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 1. – С. 76–78.
14. Ранняя помощь детям с особыми потребностями и их семьям. Результаты пилотного проекта в Санкт-Петербурге. – М.; СПб., 2002.
15. Расстройства аутистического спектра (мультидисциплинарные клинико-биологические подходы к диагностике и терапии) / Н.В. Симашкова, Т.П. Ключник, Л.П. Якупова [и др.] // Психиатрия. – 2014. – № 4(60). – С. 5–10.
16. Скобло Г.В. Анализ первых международных классификаций нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 2013. – № 5. – С. 4–9.
17. Скобло Г.В., Трушкина С.В. Пограничная психическая патология в раннем детстве: проблемы распознавания и терапии // Рождение и жизнь. Материалы Международной конференции по клинической психологии детства. – СПб., 2010. – С. 49–51.
18. Скобло Г.В., Трушкина С.В. Комплексный междисциплинарный подход к диагностике психической патологии в раннем детстве // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?». – СПб., 2014. – С. 509–511.
19. Слободская Е.Р. Психическое здоровье детей и подростков: распространенность отклонений и факторы риска и защиты // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – № 2. – С. 8–21.
20. Создание службы ранней помощи в муниципальной системе здравоохранения / под ред. М.О. Егоровой. – М., 2006. – 272 с.
21. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1955.
22. Трушкина С.В. «DC: 0-3» – взгляд психолога // Материалы III Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Казань, 2006. – С. 199–200.

23. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 96–101.
24. Шалимов В.Ф., Новикова Г.Р. Современные подходы к медико-социальной помощи детям с пограничными психическими расстройствами // Психиатрия. – 2014. – № 4(60). – С. 44–49.
25. Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network // Centers for Disease Control and Prevention, CDC [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html> (дата обращения 10.02.2015).
26. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. – Arlington, 1994.
27. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition. – Washington, 2005.
28. Emde R.N., Wise B.K. The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and recommendation for revision // Infant Mental Health Journal. – 2003. – 24(4). – P. 437–446.
29. Lubit R.H. Posttraumatic stress disorder in children: Medicine Specialities. Pediatrics. Developmental and Behavioral. – 2004.
30. Taylor E., Rutter M. Classification: conceptual issues and substantive findings // Child and Adolescent Psychiatry. – 2002. – № 4. – P. 3–17.
31. The use of the Diagnostic Classification 0-3 // Infant Mental Health Journal [Special Issue] / Ed. by A. Guedeney, S. Maestro. – 2003. – № 24(3).
32. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? // Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. – 2002. – Vol. 8, № 3. – P. 151–161.

## **Aid for young children with mental health disorders: an interdisciplinary approach**

**Trushkina S.V.**

*Trushkina Svetlana Valer'evna*

*Candidate of psychological sciences, senior researcher; Mental Health Research Center, Kashirskoye shosse, 34, Moscow, 115522, Russian Federation. Phone: 8 (499) 617-81-47.*

*E-mail: trushkinasv@gmail.com*

**Abstract.** In recent decades, increase the incidence of mental health problems in young children caused active development of non-medical assistance. Psychological and pedagogical correction, social rehabilitation occupied an important place in the care of the sick child and his family. Among the experts the understanding of necessity of integration efforts is growing. In practice, the alignment of complex interdisciplinary care faces considerable communication and organizational difficulties. One of the possible solution to the problem is to use international Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood — "DC:0-3R". The article presents the diagnostic axis of "DC:0-3R". Axis I "Clinical Disorders" addressed to a child psychiatrist. Its diagnostic categories include all early child psychopathology. Axis II "Relationship Classification" allows clinical psychology to quantify the parent-child relationship and revealed violations attributed to a particular type. Axis III "Medical and Developmental Disorders and Conditions" refers to the professional competence of non-psychiatric physicians. It intended for registration of somatic pathology in children, including hereditary syndromes, and abnormalities of development. Axis IV "Psychological Stressors" evaluate the actions of different psychological stressors, considering specificity of infants and young children. Axis V "Emotional and Social Functioning" was designed for child psychologists. It is intended for assess the level of the child emotional development and ability to regulate behavior during communication and interaction. A complex assessment of the child's condition makes it possible to develop an interdisciplinary therapeutic program.

**Key words:** mental health disorders; early childhood; DC:0-3; DC:0-3R; interdisciplinary approach; complex therapeutic programs.

**Bibliographic reference**

Trushkina S.V. Aid for young children with mental health disorders: an interdisciplinary approach. *Med. psihol. Ross.*, 2015, no. 2(31), p. 5 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

*Received: February 10, 2015*

*Accepted: March 1, 2015*

*Publisher: March 23, 2015*

In recent decades, Russia as well as the entire world has seen the growing prevalence of mental illnesses in children, including young children. Thus, epidemiological studies of the recent years have shown the growing incidence of autistic disorders in children [23; 32]. According to the monitoring data of the US Centres for Disease Control and Prevention (CDC), in 2007 there was one case of autistic spectrum disorder for 150 children, in 2009 — for 110 children and in 2012 — for 88 children [25]. In Russia there are no official statistics of the ASD incidence, though, according to the indirect data, it can be evaluated as 50–60 cases in 10 thousand of children population [8]. High prevalence of hyperkinetic syndromes should also be mentioned. Hyperkinetic syndromes are the main reason for school maladaptation nowadays. At the same time in most cases it is at early and pre-school age that the ADHD becomes easy to diagnose. It is at the first year of life that neuropathological states in small children representing the prerequisites of development of future affective-anxious, psychosomatic and other mental impairments often occur [16; 17]. There is an increasing number of data of high prevalence of stress disorders among young children who suffered a physical or psychological trauma [4; 10; 11; 13; 29].

Growing incidence and structural change of mental illnesses in children have expectedly caused the appearance and development of new methods and forms of aid. It should be noted that over the two recent decades scientists have turned away from the understanding of a mental illness in a child as a purely medical problem. It has become clear that in many cases isolated medication itself does not provide either an optimal course of the child's development or a stable increase of life quality of the young patient and his family. Insufficient effectiveness of psychiatric services both in Russia and abroad caused the development of such alternative forms of aid for a child and a family as psychological and pedagogical correction and social rehabilitation as well as appearance of new scientific and practical approaches in clinical psychology, correctional pedagogics and social work. Besides, there have appeared new nonmedical establishments working with toddlers suffering from impairments of mental health and development. In Russia they are represented by the early intervention services, lekoteks, psychological-pedagogical centres, social family and child resource centres, correctional kindergartens etc. Accumulated experience has clearly shown that effective therapy of mental disorders in small children should be complex, i.e. it should include, besides pharmacotherapy, various psychological and pedagogical interventions aimed at both child and members of family [14; 20]. These can be special correctional and developmental activities with a child, various kinds of psychotherapy for a child (for example, game or art-therapy), psychological education and psychological support for family members, psychocorrection of child-parent relationships, arrangement of medical-psychological-social maintenance of a child and his family at all the stages of rehabilitation, defining of individual educational itinerary for a child, inclusive education etc. [1; 5; 9].

Thesis of the necessity of establishing complex interdisciplinary aid is recognized and accepted (fully or partly) by many child psychiatrists [5; 15; 18]. The concept of "treatment" in case of mental pathology in a small child has a much broader meaning than prescribing drugs. For example, R. Goodman and S. Scott in the book "Child Psychiatry" edited in 2007 directly point out that prescribing psychotropic, antidepressant, antiepileptic and stimulant drugs to a child in case of autistic spectre disorder can alleviate comorbid symptoms though it does not treat the key symptoms of autism; it is selection of corresponding education and giving necessary support for parents which are the leading directions in the treatment of children with ASD [3, p. 70]. B.E. Mikirtumov et al. in the book "Infant and Toddler Clinical Psychiatry" issued in 2001 have expressed their position by calling infant and toddler psychiatry a psychiatry of parent-child relationships [7].



Nevertheless, it has still been a common situation in domestic clinical practice when various kinds of aid to a child with mental health impairments are given separately, if not to say in isolation, from each other. Specialists who directly deal with solving a child's problems (doctors, psychologists, case workers, teachers) work in different structures and must arrange their work in accordance with the existing regulations, which as a rule do not provide interaction with other departments. Unfortunately, Russian experience has shown that providing a complex interdisciplinary approach to diagnostics and treatment of children is quite a difficult task as well.

For example, if a family turns to the centres of psychological-pedagogical and social aid, it actually finds there several specialists of various kinds who can provide aid to a child. However, in most cases such centres do not have a child psychiatrist. As for the state psychiatric services, the cooperation of a child psychiatrist with the above mentioned specialists is not provided by the regulations. Moreover, the majority of child psychiatrists either are not aware of the existence of specialists and centres providing nonmedical support to mentally ill children or do not understand its content and do not believe in its efficiency. Teachers and psychologists in their turn often express assurance in the harm of medical treatment and even demand to cease it as a condition of giving aid.

Most significantly, the growth of statistical indexes of morbidity is caused, among other things, by the increasing detection and diagnosis of cases of mental illnesses with obscure, borderline symptoms [2; 3; 6; 24]. Such cases are dozens of times more frequent than severe cases, falling within all the criteria of diagnostics and leading to disablement, which traditionally lie in the focus of Russian child psychiatry. A young child with borderline level of mental impairments is rarely perceived as ill, therefore he or she does not come to specialists timely and does not get specialized help. Even if the course of mental development of a child causes anxiety and worry in his or her parents and life of a family becomes more complicated because of the child's behavioural and emotional problems, the chance of turning to a psychiatrist is very small. Experience has proved that in the best-case scenario the child will be taken to a neurologist. As mental and neurological deviations in early childhood have a high comorbidity, a neurologist as a rule sees his symptoms and puts them in the focus of therapy. Moreover, borderline mental pathology is not recognized and, correspondingly, is not treated. But even children who did come to a child psychiatrist are very likely not to be diagnosed due to insufficient development of forms of standardized diagnostics of mental disorders in infancy and their approbation in domestic clinical practice [17].

The use of international "Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood" can contribute to more valid revealing of mental pathology in early childhood. It was edited in 1994 (short title of the edition "DC: 0-3") [26], and revised and republished in 2005 ("DC: 0-3R") [27; 28]. This diagnostic instrument was created and "upgraded" by a big team of competent child psychiatrists and psychologists and became widely famous abroad [31]. The classification is arranged in accordance with the principles of many-axis diagnostics and allows to evaluate the child's state according to five independent directions giving in the end quite an informative clinical picture. DC: 0-3R correlates with other classification systems (DSM-IV, IDC-10) and can be used as an additional diagnostic classification which reflects the specifics of mental impairments in infancy and early childhood [26; 30].

Relevance of our work on adaptation and approbation of DC:0-3R on Russian samples done in the recent years [16; 17; 18; 22] is determined by the absence of single diagnostic standards in domestic infant and toddler psychopathology, which causes considerable difficulties in the work of practicing child psychiatrists. The necessity of such standards became more clear after publication of the Order of the RF Ministry of Health № 1346H from 21.12 2012 "On the procedure of attending medical examinations by minors including without limitation the examinations in case of entering educational establishments and during the period of studying in them", which provides the maintenance of preventive medical examination of children of one and three years by child psychiatrists [12]. Now the

majority of psychiatrists are not ready even for isolated diagnostics of early mental disorders, not to speak of approaches based on interdisciplinary interaction.

The diagnostic axes of DC: 0-3R will be briefly represented below. Each of them will be given a short illustration of usage (after its description) on the example of such widespread mental pathology as early infantile autism, which has been acquiring more social importance.

Axis I "Clinical Disorders" is addressed to child psychiatrists. It includes a number of diagnostic sections compactly comprising almost the entire infant psychopathology in its syndromic reflection. The sections sequentially include PTSD, deprivation syndrome, disorders of affect, adjustment disorder, so called regulation disorders of sensory processing (in terms of Russian psychiatrists these are variants of neuropathy and ADHD), behaviour disorders associated with sleeping and eating, disorders of relating and communicating (analogue of autistic spectrum disorder for the age under three years) [27]. For the last disorder, evaluation of the intensity of clinical symptoms is carried out according to Axis I, which includes defining the degree of impairment of emotional bonds with mother (or another main caregiver), change of affect and course of sensor processes, specific features of preverbal and early verbal communication. Each group of the mentioned symptoms has its own criteria of the severity of disorder.

Axis II "Relationship Classification" allows to give a quantitative evaluation of child-parent relationships, which often underlie the pathology or modify it, and to refer the revealed impairment to a specific type. Quantitative evaluation is carried out with the help of specially developed 100-point grading scale. Relationships that received less than 40 points are considered to be impaired, from 40 to 80 — having the signs of ill-being, more than 80 — adapted. Diagnostics according to this axis is carried out by a psychologist who directly supervises parent-child interaction basing on the markers of impaired relationships contained in the classification [Ibid]. The second axis very often shows that the relationship of a parent to a child-autist is evaluated in less than 40 points, which indicates its pathology and traumatic effect for both child and parent. Interactions in the dyad are characterized by habitual negative affective background, the members of the dyad as a rule feel anxious, angry, despondent and rejected, which affects their behaviour and ability to cope with problems. As for the type of impaired relationships, the "underinvolved" one is the most frequent. A parent here is not sensitive to the objective problems or needs of his or her child; sometimes he or she is prone to ignore some of them as well as their connection to a specific situation and his or her own actions and tends to minimize the communication with a child or to make it formal. "Angry/hostile" type with its numerous limitations and punishments for a child, his negativism and strong resistance to parental demands, which makes life of a family a battlefield is quite frequent too.

Axis III "Medical and Developmental Disorders and Conditions" is designed to register somatic, neurological or other biologically-caused child's pathology including various hereditary syndromes and deviations of development. The sphere of these impairments lies within the professional competence of nonpsychiatric doctors — from pediatricians and neurologists to geneticists. Diagnostics according to this axis is carried out with the use of corresponding IDC-10 codes as well as codes of specific classifications of impaired speech development, mental retardation etc. [Ibid]. Genetic syndromes of the existing form of autism, presence and qualification of episymptoms, degree of mental retardation if there is any, spectrum of neurological signs and such frequent co-occurring somatic disorders as allergic manifestations, celiac disease, fungal disorders, high concentration salts of heavy metals and others can be specified according to the Axis III in case of ASD diagnostics.

Axis IV "Psychosocial Stressors" evaluates the existence and degree of impact of the most diverse psychological stressors on a child's state. Besides, it takes into account the specifics of infancy and early childhood. The use of this axis does not require a specific qualification, as it contains necessary information about specific situations or life circumstances of a child, which can provoke stress reaction in a small child. The required data can be collected by a doctor, psychologist or a case worker. Taking stressors into

account is important, as they have provocative meaning and affect the dynamics and intensity of symptoms [Ibid]. Thus, the onset of autistic manifestation in a child in his/her second year of life can be associated in time with his stay in a hospital, vaccination or birth of a sibling.

Axis V "Emotional and Social Functioning" evaluates the level of social-emotional development of a child achieved by him by the moment of examination. It provides seven levels of a child's development from birth to four years, which characterize his or her ability to regulate behaviour in the course of communication and interaction with people as well as the development of communication tools. Evaluation is made by a child psychologist during the direct supervision over a child, in the course of communication and diagnostic play [Ibid]. Definition of the level of emotional and social development of an autistic child is extremely important, because the impairments of emotional-motivational sphere and social interaction are leading in the disease picture. Having a clear idea of the content, consequence and normative age of achieving the levels of social development set out in DC:03R, a specialist (psychologist or special education teacher) can design developmental programs more steadily and on reasonable grounds, setting their goals more specifically and basing on levels already achieved by a child.

Complex evaluation of an ASD child's state enables to develop interdisciplinary therapeutic program, which can include the most diverse units: psychopharmacology, immunomodulating therapy, physiotherapy, programs of behaviour and speech development, play therapy, family therapy (especially aimed at correction of child-parent relationships, psychological or, if necessary, psychiatric aid to parents), methods of sensor integration, diet therapy etc. The arrangement and implementation of such program requires cooperative work of various specialists child and "adult" psychiatrists, medical and family psychologists, pediatricians, neurologists, dietitians, speech therapists, special education teachers, kinesiologists, ergotherapists and others. Complex therapeutic programs based on systematized interdisciplinary approach within the framework of DC: 0-3R can be successfully developed for any other forms of infant psychopathological disorders.

## References

1. Alekseeva I.A., Novosel'skii I.G. *Zhestokoe obrashchenie s rebenkom. Prichiny. Posledstviya. Pomoshch'*. Moscow, Genezis Publ., 2006. 256 p.
2. Grinspen S., Uider S. *Na ty s autizmom. Ispolzovanie metodiki Floortime dlya razvitiya otnoshenii, obshcheniya i myshleniya* [Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think]. Moscow, Terevinf Publ., 2013. 512 p.
3. Gudman R., Skott S. *Detskaya psikhiatriya* [Child Psychiatry]. Moscow, Triada-X Publ., 2008. 408 p.
4. Zubova E.A. Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva u detei i podrostkov. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*, 2001, no. 1, pp. 120–128.
5. Iovchuk N.M. Psychosocial Aspects of the Integration of Children with Mental Pathology. In: L.M. Shipitsina, ed. *Integratsiya detei s osobennostyami razvitiya v obrazovatel'noe prostranstvo*. Moscow, Ritm Publ., 2006, pp. 86–100 (in Russian).
6. Drobinskaya A.O., Koren' E.V., Kovalenko Yu.V., Marchenko A.M., Trainina E.A. To the Diagnostic Differentiation of Developmental Delays in Pre-School Age. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*, 2014, no. 2, pp. 8–14 (in Russian).
7. Mikirtumov B.E., Koshchavtsev A.G., Grechanyi S.V. *Klinicheskaya psikhiatriya rannego detskogo vozrasta* [Clinical Psychiatry early childhood]. St. Petersburg, Piter Publ., 2001. 256 p.
8. Morozov S.A. *Osnovy diagnostiki i korrektsii rasstroistv autisticheskogo spektra*. Moscow, 2014.
9. Solokhina T.A., Yastrebov V.S., Tsapenko A.I. et al. *Organizatsiya sotsial'no-psikhologicheskoi pomoshchi rodstvennikam psikhicheski bol'nykh*. Moscow, 2012.

10. Portnova A.A. *Psikhicheskie narusheniya u detei i podrostkov pri chrezvychainykh situatsiyakh: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk.* Moscow, 2007.
11. Portnova A.A., Serebrovskaya O.V. Acute Stress Impairments in Young Children. *Psikhiatriya*, 2013, no. 4(60), pp. 37–40 (in Russian).
12. Prikaz Minzdrava Rossii ot 21 dekabrya 2012 g. N 1346n "O poryadke prokhozheniya nesovershennoletnimi meditsinskikh osmotrov, v tom chisle pri postuplenii v obrazovatel'nye uchrezhdeniya i v period obucheniya v nikh". *Ofitsial'nyi sait Minzdrava RF.* Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5450-prikaz-minzdrava-rossii-ot-21-dekabrya-2012-g-n-1346n> (Accessed 10 February 2015).
13. Proselkova M.E., Margolina I.A. Clinical Pattern and Pathogenesis of Impairments of Mental Development in Children under the Conditions of Chronic Physical Violence. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*, 2003, no. 1 pp. 76–78 (in Russian).
14. *Rannyya pomoshch' detyam s osobymi potrebnostyami i ikh sem'yam. Rezul'taty pilotnogo proekta v Sankt-Peterburge.* Moscow; St. Petersburg, 2002.
15. Simashkova N.V., Klyushnik T.P., Yakupova L.P., Koval'-Zaitsev A.A. Autistic Spectre Disorders (Multidisciplinary Clinical-Biological Approaches to Diagnostics and Therapy). *Psikhiatriya*, 2014, no. 4(60), pp. 5–10 (in Russian).
16. Skoblo G.V. Analysis of the First International Classifications of Mental Health Impairments in Infancy and Early Childhood. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, 2013, no. 5, pp. 4–9 (in Russian).
17. Skoblo G.V., Trushkina S.V. Borderline Mental Pathology in Early Childhood: Problems of Recognition and Therapy. *Rozhdenie i zhizn'. Materialy Mezhdunarodnoi konferentsii po klinicheskoi psikhologii detstva.* St. Petersburg, 2010, pp. 49–51 (in Russian).
18. Skoblo G.V., Trushkina S.V. Complex Interdisciplinary Approach to the Diagnostics of Mental Pathology in Early Childhood. *Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem "Mezhdistsiplinarnyi podkhod k psikhicheskim rasstroistvam i ikh lecheniyu: mif ili real'nost'?"*. St. Petersburg, 2014, pp. 509–511 (in Russian).
19. Slobodskaya E.R. Mental Health of Children and Adolescents: Deviations Prevalence, Risk-Factors and Defenses. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*, 2008, no. 2, pp. 8–21 (in Russian).
20. Egorova M.O., ed. *Sozdanie sluzhby rannei pomoshchi v munitsipal'noi sisteme zdravoookhraneniya.* Moscow, 2006. 272 p.
21. Sukhareva G.E. *Klinicheskie lektsii po psikhiatrii detskogo vozrasta.* Moscow, 1955.
22. Trushkina S.V. "DC: 0-3" – Psychologist's View. *Materialy III Mezhdunarodnogo Kongressa "Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy sotsial'no-psikhologicheskogo zdorov'ya"*. Kazan', 2006, pp. 199–200 (in Russian).
23. Filippova N.V., Baryl'nik Yu.B. Epidemiology of Autism: Modern View of a Problem. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2014, vol. 24, no. 3, pp. 96–101 (in Russian).
24. Shalimov V.F., Novikova G.R. Modern Approaches to Medical-Social Aid to Children with Borderline Mental Disorders. *Psikhiatriya*, 2014, no. 4(60), pp. 44–49 (in Russian).
25. Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network. *Centers for Disease Control and Prevention, CDC.* Available at: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html> (Accessed 10 February 2015).
26. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.* Arlington, 1994.
27. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition.* Washington, 2005.
28. Emde R.N., Wise B.K. The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal*, 2003, vol. 24(4). pp. 437–446.
29. Lubit R.H. *Posttraumatic stress disorder in children: Medicine Specialities. Pediatrics. Developmental and Behavioral.* 2004.
30. Taylor E., Rutter M. Classification: conceptual issues and substantive findings. *Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, no. 4, pp. 3–17.



31. Guedeney A., Maestro S., eds. The use of the Diagnostic Classification 0-3. *Infant Mental Health Journal [Special Issue]*, 2003, no. 24(3).
32. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.*, 2002, vol. 8, no. 3, pp. 151–161.