

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

Специальность: 3211.01 – Психиатрия

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Нармин Рагиб кызы Гулиева**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2025

Диссертационная работа выполнена на кафедре психиатрии
Азербайджанского Медицинского Университета и Центра
Психического Здоровья МЗ

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Фуад Исмаилов Надыр оглу

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Сагат Алтынбеков Абылкаир
оглу

доктор медицинских наук, профессор
Давид Зурабашвили Зураб оглу

кандидат медицинских наук
Турал Рзаев Зулфи оглу

По решению Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте
Азербайджанской Республики диссертация представлена к
защите в диссертационном совете ED 2.05 при Азербайджанском
Медицинском Университете.

Председатель диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор
Герай Герайбейли Чингиз оглы

Учёный секретарь диссертационного совета:

кандидат медицинских наук,
Наиля Абасова Низами гызы

Председатель научного семинара:

доктор медицинских наук, профессор
Надыр Исмаилов Ведан оглы

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Психическое здоровье детей и подростков представляет собой одну из наиболее острых проблем глобального здравоохранения. По данным ВОЗ, около 20% несовершеннолетних в разные периоды жизни сталкиваются с проблемами в этой сфере, при этом значительная доля расстройств остаётся нераспознанной и не получает своевременного вмешательства. Эти состояния могут существенно повлиять на развитие ребёнка, его образование, поведение, а также повлечь за собой долговременные социальные последствия — от маргинализации до затруднений в трудоустройстве и построении отношений во взрослом возрасте. Психические расстройства у детей также оказывают серьёзное влияние на их семьи: родители нередко испытывают эмоциональное выгорание, стресс, социальную изоляцию и экономические трудности. Это делает необходимым внедрение системных подходов, ориентированных на раннее выявление и многоуровневую поддержку. Особую актуальность данная тема приобретает в контексте детей, проживающих в интернатных учреждениях. В постсоветских странах, включая Азербайджан, по-прежнему велико число т.н. «социальных сирот» — детей, чьи родители по причинам бедности или других жизненных обстоятельств передали их в государственные учреждения. Согласно международным оценкам, миллионы детей по-прежнему живут вне семьи, что само по себе представляет фактор риска для их психоэмоционального благополучия. Международный опыт показывает, что успешная деинституционализация требует не только физического возвращения ребёнка в семью, но и создания безопасной, поддерживающей среды, отвечающей его индивидуальным потребностям. Однако реинтеграционные программы зачастую не учитывают компонент психического здоровья, а также первопричины институционализации — бедность, дефицит родительских навыков, психологическая нестабильность опекунов. Это значительно снижает эффективность программ возвращения в семью.

Таким образом, в условиях Азербайджана существует настоятельная необходимость в разработке научно обоснованных подходов, направленных на восстановление психического здоровья детей после институционализации, укрепление семейных отношений и реализацию устойчивых моделей поддержки, адаптированных к культурному и социальному контексту страны.

Цель исследования. Является изучение психического состояния институционализированных детей и разработка эффективных вмешательств по удовлетворению их потребностей в сфере психического здоровья.

Задачи исследования:

1. Проведение комплексной оценки психического здоровья детей, включая эмоциональные, когнитивные и поведенческие функции

2. Определение эффективности психосоциальных, семейных и экономических вмешательств в процессе реинтеграции детей в родительских семьях

3. Изучение потребностей в сфере психического здоровья у членов семьи ребенка и оказания соответствующей помощи в контексте повышения результативности программы воссоединения семьи

4. выработка рекомендаций по использованию оптимального соотношения различных вмешательств при проведении программы реинтеграции детей в родительских семьях

Научная новизна исследования. В работе впервые собран и проанализирован целостный массив данных о психическом состоянии детей и подростков из неблагополучных семей и воспитанников социально-реабилитационного центра на стадии возвращения в семью. Материал многопрофильный: ребенок, родитель и школа дают согласованные, но независимые оценки, что позволяет видеть не только симптомы, но и их влияние на повседневное функционирование, учебу и семейные отношения. Данные собраны продольно, до и после вмешательств, поэтому фиксируется не статичная «фотография», а динамика изменений в реальных условиях.

Новизна методологическая состоит в том, что для отбора рабочих элементов помощи применена MOST-логика оптимизации, обычно редкая для детской психического здоровья в нашем регионе. Компоненты психосоциальной и педагогической поддержки тестировались не «пакетом вслепую», а как взаимодополняющие звенья с анализом вкладов и взаимодействий. Это позволило отделить то, что дает устойчивый эффект при умеренных затратах времени и ресурсов, от того, что целесообразно оставлять только для более тяжелых случаев. Модели со смешанными эффектами учли семейную кластеризацию и показали, что улучшение состояния родителя частично опосредует снижение симптомов у ребенка, а значит работа с семьей — не фон, а активный механизм изменений.

Содержательно работа впервые показала результативность комплексного подхода, где травма-ориентированная поддержка, тренинг родительских навыков, простые школьные адаптации и координация случая собраны в один работающий маршрут. Показано, что при нарастании регуляции эмоций у ребенка улучшается учебная вовлеченность, а при снижении тревоги и депрессии у родителей сокращается число конфликтов и «срывов» дома. Выявлены модераторы эффекта: длительность институционального опыта, выраженность исходной дезадаптации, возраст и школьный контекст меняют силу отклика и подсказывают персонализацию дозировки.

Практическая новизна в готовых инструментах внедрения. Разработан краткий алгоритм «step-care» для первичного звена и школы с прозрачными порогами перехода между уровнями помощи, создан набор чек-листов для сессий и школьных адаптаций, описан минимальный протокол межведомственного взаимодействия с понятными сроками и шагами. Подсчитана ориентировочная стоимость на одного ребенка и показано, как ее снижает ранний скрининг и координация. В итоге исследование не только расширяет научное знание о постинституционной реинтеграции, но и предлагает воспроизводимую, культурно

адаптированную конфигурацию помощи, готовую к масштабированию в условиях местной системы.

Практическая значимость. Результаты исследования могут быть применены в разработке и реализации программ по сопровождению детей после деинституционализации. Они способствуют улучшению психического здоровья и семейной адаптации, а также формируют основу для более эффективной политики и рационального распределения ресурсов в сфере социальной поддержки.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Основные положения диссертации, выносимые на защиту
Эффективность интервенций. Установлено, что комплексные вмешательства — включая семейную терапию, психологическую помощь и экономическую поддержку — способствуют улучшению психического здоровья детей после возвращения из учреждений. Некоторые компоненты оказываются более значимыми и требуют приоритетного внедрения в практику.

2. Роль модераторов и посредников. Эффективность вмешательств зависит от ряда факторов: эмоциональной регуляции ребёнка, уровня родительского стресса, качества воспитания, а также возраста, пола и продолжительности пребывания в учреждении. Эти переменные следует учитывать при разработке индивидуальных программ помощи.

3. Препятствия и условия успеха. Выявлены ключевые барьеры реализации программ (низкая мотивация семей, ограниченность ресурсов, институциональные ограничения) и факторы, способствующие успешному внедрению, включая межсекторальное сотрудничество и участие местных сообществ.

4. Культурная адаптация подходов. Подчёркнута необходимость адаптации интервенций с учётом культурных и социальных особенностей Азербайджана. Только с учётом контекста можно добиться устойчивого принятия программ семьями и сообществами.

5. Экономическая обоснованность. Проведён анализ затрат на реализацию компонентов вмешательства по сравнению с традиционным уходом. Определены наиболее рентабельные стратегии

поддержки, обосновывающие необходимость инвестиций в психосоциальную помощь семьям.

Внедрение результатов в практику. Научные и практические данные, полученные в результате данных исследований внедрены в учебную программу кафедры психиатрии Азербайджанского Медицинского Университета и практическую деятельность и Центра Психического Здоровья МЗ. Результаты исследования перевели в понятные инструменты и встроили в две ключевые площадки -учебный процесс кафедры психиатрии Азербайджанского Медицинского Университета и повседневную работу Центра психического здоровья Минздрава. В учебной программе появилось целостное ядро по постинституциональной реинтеграции детей. Студенты и ординаторы работают с реальными кейсами, осваивают короткий скрининг, учатся читать результаты и сразу переводить их в план помощи. Для этого подготовлены чек-листы по SDQ, RCADS, PedsQL, короткий опрос по суицидальному риску, шаблоны информированного согласия и мини-руководство по межведомственной маршрутизации. Практические навыки отрабатываются на смоделированных ситуациях и прицельных стажировках. Итог оценивается не только тестом, но и тем, как студент собирает анамнез, формулирует цели на 6–12 недель и ведет простую карту прогресса семьи.

В Центре психического здоровья внедрен пошаговый алгоритм помощи. На входе семья получает один ясный контакт и короткий скрининг. Далее включается принцип step-care: при легкой симптоматике - акцент на просвещении, домашние упражнения, школьные адаптации; при более выраженной — индивидуальные сеансы с травма-ориентированными элементами и модуль для родителей; при высоком риске — частые контакты, безопасностный план и супервизия. Для специалистов приготовлен удобный пакет: памятки по первичной беседе, карточка для школы на одну страницу, шаблоны письма в социальную службу, протокол экстренного реагирования. Внутри команды запущены регулярные короткие

супервизии, где обсуждают сложные случаи, сверяют протокол и распределяют ответственность. Координатор фиксирует сроки от направления до первой встречи, число пропусков, завершение этапов, динамику основных шкал. Это дает живую обратную связь и позволяет быстро подправлять маршрут.

Чтобы помощь не разрывалась между системами, согласованы простые правила взаимодействия со школами и соцслужбами. Договоренность включает формат связи, сроки ответа и минимальный набор данных, который действительно нужен, без перегруза. Для родителей сделана понятная дорожная карта: куда звонить, если стало хуже, что считается успехом через месяц, какие признаки говорят о том, что можно уменьшать интенсивность. Такой язык снижает тревогу и делает участие семьи устойчивым.

Преподаватели получили методбанк с готовыми презентациями, разбором типовых ошибок и короткими видео, где показано, как проводить первичную беседу, как обсуждать с родителем границы и рутину, как говорить с учителем о разумных адаптациях. В Центре настроены простые цифровые формы в привычных таблицах, чтобы не ломать существующую организацию. Шкалы заполняются в несколько кликов, графики строятся автоматически, а сводные показатели появляются на общей панели. Это экономит время и создает культуру измерений без давления.

Перенос на практику сопровождается этикой и безопасностью. Сотрудники проходят краткий курс по конфиденциальности, по обязательному информированию при подозрении на насилие и по корректной фиксации согласия. Отдельно обсуждается, как не стигматизировать ребенка языком документации и как объяснить семье цели вмешательства без медицинских штампов. Такая детализация кажется мелочью, но именно она делает модель жизнеспособной.

Важная часть внедрения - подготовка людей. Для врачей, психологов и соцработников разработан короткий цикл повышения квалификации с акцентом на практику и супервизию. Формат выстроен так, чтобы его можно было

повторять силами самой системы по принципу тренер тренеров. Материалы адаптированы под локальные реалии и позволяют быстро обучать новых сотрудников без потери качества.

Результаты интеграции оцениваются теми же правилами, что и в исследовании. Смотрят на клиническую динамику ребенка, на вовлеченность в школу, на снижение стресса у родителей, а также на организационные показатели вроде времени ожидания и доли завершенных маршрутов. Это не отчет ради отчета, а способ держать курс. Если где-то узкое место, его видно сразу и можно поменять порядок действий, перераспределить нагрузку или усилить обучение точно.

Таким образом, научные и практические данные превратились в конкретные учебные модули, рабочие протоколы и понятные для семьи шаги. Университет получил современное содержание и инструменты оценки компетенций. Центр — ясный алгоритм, минимальный набор документов и привычные цифровые формы, которые помогают, а не мешают. Между этими двумя опорами появилась связка, благодаря которой ребенок и его родители не теряются между кабинетами, а движутся по одному маршруту, где каждый следующий шаг логично вытекает из предыдущего. Это и есть главное измерение внедрения — когда знания становятся привычкой практики.

Апробация диссертации **Апробация диссертации.** Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены во время годовой конференции IACAPAR (Дубай, 2022); на ежегодной научной медицинской конференции Азербайджанского Медицинского Университета (Баку, 2023); на ежегодном собрании Fogarty International Center (NIH), Global Brain Network Meeting (Rockville, Maryland, USA, 2024); на международном конгрессе “Azərbaycan Psychiatry and Neuroscience Congress” (Баку, 2024); на научно-практическом семинаре, организованном НПО “Nefes” совместно с Министерством здравоохранения Азербайджана и TAVİB (Баку, 2024).

Публикации: по теме диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 6 статей, 3 тезисов, в том числе 2 статьи за рубежом.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, обсуждения, выводов и практических рекомендаций. Текст диссертации изложен на 155 страницах компьютерного текста (Times New Roman, шрифт 14) Научная работа иллюстрирована 15 таблицами, 2 графика и 4 рисунками. Библиография включает 174 источников.

Дизайн исследования- рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с использованием многофакторной оптимизационной стратегии MOST, позволяющей оценить эффективность отдельных компонентов вмешательства. Все семьи были случайным образом распределены по восьми экспериментальным группам, различавшимся по сочетаниям получаемых интервенций: семейной, психологической и экономической. Рандомизированное контролируемое исследование построено как факторное $2 \times 2 \times 2$ по методологии MOST. Три компонента вмешательства рассматривались как независимые факторы с двоичными уровнями: семейный модуль присутствует или отсутствует, психологический модуль присутствует или отсутствует, экономический модуль присутствует или отсутствует. Это дало восемь экспериментальных групп: ни один компонент, только семейный, только психологический, только экономический, семейный плюс психологический, семейный плюс экономический, психологический плюс экономический, а также полный пакет из трех компонентов. Такое разбиение позволяет оценить как вклад каждого элемента по отдельности, так и их взаимодействия, после чего выбрать оптимальную конфигурацию для практики с учетом эффекта и затрат.

Рандомизация проводилась централизованно, компьютерной генерацией, в блоках фиксированного размера, со стратификацией по сайту, возрастной полосе и выраженности исходной симптоматики. Распределение скрывалось до момента включения семьи в протокол, оценщики исходов были ослеплены к принадлежности к группе. Участники не могли быть полностью ослеплены из-за природы вмешательств,

поэтому для контроля эффектов внимания выравнивали объем контакта со специалистом и частоту мониторинга во всех ветвях.

Компоненты были четко описаны в руководствах. Семейный модуль включал короткую психо-образовательную линию, отработку позитивных родительских навыков, настройку домашнего распорядка и план профилактики срывов. Психологический модуль для ребенка опирался на травма-информированный подход, тренировал распознавание эмоций, саморегуляцию, когнитивные навыки решения задач, при необходимости элементы экспозиции. Экономический модуль решал барьеры участия: транспортные ваучеры, небольшие целевые пособия на посещение, связь с доступными социальными программами и кейс-менеджмент. Все три компонента имели одинаковую продолжительность цикла и расписание контрольных точек, чтобы сравнение было корректным.

График наблюдения включал исходную точку, завершение активной фазы вмешательства, а также отсроченные визиты. Первичной конечной точкой был сдвиг по суммарному индексу поведенческих и эмоциональных трудностей у ребенка, вторичные исходы закрывали тревогу и депрессию у ребенка, качество жизни, школьную вовлеченность и количество поведенческих инцидентов. Для родителей отслеживали тревогу, депрессивные симптомы и травматический стресс, а также бытовые показатели нагрузки. Параллельно собирали процессные метрики: приемлемость, выполнимость, приверженность протоколу, затраты времени и прямые расходы на одного ребенка.

Статистический план соответствовал логике MOST. Основные эффекты трех компонентов и их взаимодействия оценивались в линейных смешанных моделях с эффект-кодировкой факторов. Модели включали случайный перехват на

уровне семьи, при повторных измерениях учитывали время и взаимодействия «группа×время». Для бинарных исходов использовали обобщенные смешанные модели. Анализ проводили по принципу намерения лечить, с множественной импутацией пропусков и диаграммами чувствительности. Для контроля множественных проверок применяли корректировку уровня значимости на семейство тестов, приоритет отдавался интерпретации величины эффекта и доверительных интервалов. Отдельно считали маргинальные средние для понятного сопоставления сценариев и строили контрасты «компонент есть против нет», а также ключевые пары взаимодействий, например семейный плюс психологический против суммы их отдельных эффектов.

Критерии оптимизации были заданы заранее. Компонент сохранялся в финальном пакете, если давал клинически значимый прирост на первичном исходе при приемлемой стоимости и без падения приверженности; при наличии синергии в паре компонентов допускалось оставить оба, даже если индивидуальные эффекты умеренные, но их взаимодействие значимо улучшает результат. Экономическая часть оценивалась через микро-костинг с расчетом условной стоимости единицы улучшения по ключевому показателю, а также через чистую выгоду при заданной «цене» единицы улучшения. На выходе формировалась простая матрица решений: какие элементы обязательно оставлять, какие рекомендовать для тяжелых случаев, а какие использовать опционально.

Чтобы снизить риск контаминации между группами, команды вели разные специалисты или разные слоты, протоколы были стандартизованы, а чек-листы сессий заполнялись после каждого контакта. Качество исполнения поддерживали короткими супервизиями и разбором сложных кейсов. В расписании для школы использовали унифицированную

карточку адаптаций, но включали ее только там, где это входило в комбинацию факторов, назначенную рандомизацией.

Такой дизайн дает две вещи одновременно. Во-первых, достоверный ответ на вопрос работает ли полный пакет. Во-вторых, прозрачную карту, какие именно кирпичики создают основной вклад и в каких сочетаниях он максимален при реальных ограничениях ресурсов. Это и есть смысл MOST: не просто доказать эффективность, а собрать рабочую, экономичную конфигурацию, которую можно масштабировать без потери качества.

Исследование состояло из следующих этапов:

- ознакомление с последними данными по выбранной тематике, определение дизайна исследования на основе SPSS (статистический пакет для медицинских наук)
- отбор участников, получение информированного согласия на проведение исследования
- Сбор данных о психическом здоровье детей и их родителей до начала интервенций (базовые данные) с использованием стандартизированных инструментов для оценки посттравматических симптомов, нарушений привязанности, депрессии, тревожности и агрессивного поведения.
- Проведение качественных интервью с участниками интервенций и представителями услуг для выявления факторов, способствующих или препятствующих успешной реализации каждого компонента интервенции на уровне индивидов, семей и организаций.
- Сбор данных после завершения интервенций для оценки результатов и влияния каждого интервенционного компонента на психическое здоровье детей.
- ввод данных в SPSS и статистическая обработка
- оформление результатов в форме диссертации на получение ученой степени доктора философии по медицине

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 434 ребёнка в возрасте от 6 до 12 лет, находившихся в процессе возвращения из интернатных учреждений в биологические или расширенные семьи, а также 297 родителей и опекунов, согласившихся на участие в программе реинтеграции. Исследование проводилось в течение трёх лет (2021–2024 гг.) при поддержке международных партнёров и проходило на базе центра Психического Здоровья в городах Баку, Сумгаит и Гянджа.

Критериями включения являлись: возраст ребёнка от 6 до 12 лет, факт проживания в интернатном учреждении не менее одного года, участие в утверждённой программе семейной реинтеграции, проживание в указанных регионах, наличие законного опекуна и предоставленное информированное согласие на участие в исследовании.

Исключению подлежали дети с тяжёлыми психическими или физическими нарушениями, препятствующими участию в исследовании (например, невозможность прохождения когнитивных тестов, участие в групповых занятиях или беседах). Также исключались семьи, которые на начальном этапе дали согласие, но впоследствии отказались от контакта с исследовательской командой или участия в интервенционных компонентах.

Перед началом опроса детям и их опекунам подробно разъяснялись цели и процедуры исследования, подчёркивалось добровольное участие, а также право прекратить участие на любом этапе без каких-либо последствий. Информированное согласие было получено от всех взрослых участников и, при необходимости, согласие от детей.

После заполнения базовой анкеты, содержащей информацию о социодемографических и семейных характеристиках, участникам предлагалось пройти ряд стандартизированных шкал и тестов, направленных на оценку психоэмоционального состояния, когнитивных функций и семейной динамики. Детям были предложены задачи и опросники в формате, адаптированном под возраст и уровень развития. В случае затруднений, специально обученный исследователь зачитывал вопросы вслух и помогал с выбором подходящего варианта ответа. Аналогичная поддержка

оказывалась и родителям, если те испытывали трудности с заполнением письменных форм.

По завершении сессии интервьюер предлагал задать любые дополнительные вопросы и удостоверился, что участник чувствует себя комфортно. Все процедуры соблюдали принципы анонимности, этики и конфиденциальности, предусмотренные нормативами национального законодательства и международных рекомендаций.

Инструменты исследования включали:

стандартизированные шкалы оценки психического здоровья: SDQ, CES-DC, CRIES, DASS-21, ADHD-IV, TSCS-2, HoNOSCA;

опросники по оценке родительских навыков, социальной поддержки и семейных отношений: MSPSS, Brief COPE, Brief Family Relationship Scale, ACE-IQ;

когнитивные тесты: CANTAB (включая задачи на внимание, память и распознавание эмоций) и WISC-V (подшкалы на вербальное и невербальное мышление).

Процедура сбора данных предусматривала отдельные сессии с детьми и родителями. Все интервью проводились обученными специалистами с соблюдением этических стандартов и анонимности.

Статистическая обработка

Данные анализировались с использованием программного пакета IBM SPSS 23.0. Для оценки распространённости психических расстройств применялся частотный анализ, для анализа непрерывных переменных — OLS-регрессия, для категориальных — логистическая регрессия. Были применены тесты Стьюдента и χ^2 -тесты для сравнения подгрупп по полу, возрасту и социально-экономическим характеристикам. Для учёта внутрисемейной зависимости использовались модели смешанных эффектов. Значимыми считались результаты при $p < 0.05$, с уровнем статистической мощности > 0.8 .

Методология MOST позволила протестировать эффективность компонентов вмешательства по отдельности и в комбинациях, определяя оптимальные конфигурации для дальнейшего внедрения программ помощи детям и их семьям в условиях Азербайджана.

Статистический анализ Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics, версия 23.0. Были применены описательные методы анализа для расчёта частот, средних значений и стандартных отклонений по основным переменным.

Для оценки различий между группами использовались t-тесты Стьюдента и хи-квадрат тесты (χ^2) в зависимости от типа данных. Эффективность вмешательств оценивалась с применением логистической регрессии (для бинарных исходов) и регрессии наименьших квадратов (OLS) для непрерывных переменных. Дополнительно применялись модели смешанных эффектов для учёта кластеризации данных на уровне семей. Уровень статистической значимости установлен на $p < 0.05$, при этом обеспечивалась статистическая мощность анализа не ниже 0.8. Для оптимизации структуры вмешательств использовался метод многофакторной оптимизации (MOST), позволивший выделить наиболее эффективные компоненты интервенции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе настоящего исследования были собраны и проанализированы данные от 434 детей, ранее проживавших в интернатных учреждениях, и 297 их родителей или законных опекунов, участвующих в программе семейной реинтеграции. Все участники были распределены по восьми экспериментальным группам в соответствии с дизайном РКИ с применением стратегии многокомпонентной оптимизации (MOST). Результаты оценки эффективности вмешательств представлены в виде качественного и количественного анализа, с последующим сопоставлением между группами и внутри каждой группы до и после интервенции.

1. Психозмоциональное состояние детей на момент включения в исследование

Анализ исходных данных показал, что значительная часть детей, возвращающихся в семейную среду после длительного

пребывания в интернатах, имеет выраженные признаки психоэмоционального дистресса. По шкале CES-DC (депрессия) клинически значимые симптомы наблюдались у 51,9% детей. У 36,4% были зафиксированы проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) по шкале CRIES. Кроме того, 44,4% детей набрали высокие или очень высокие баллы по шкале SDQ, свидетельствующие о наличии эмоциональных и поведенческих нарушений. В частности:

53,8% детей имели высокий уровень интернализованных проблем (тревожность, изоляция), 24,5% — выраженные экстернализованные нарушения (агрессия, импульсивность), 35,6% — признаки СДВГ по родительским шкалам наблюдений. По шкале TSCS-2 (самооценка) средний балл составлял 82,07 ($SD = 11,29$), что свидетельствует о сниженной уверенности в себе и неустойчивом эмоциональном фоне.

2. Результаты интервенций

В зависимости от группы, участники получали одну или несколько форм поддержки: психологическую, семейную и/или экономическую. Через шесть месяцев после начала вмешательств были проведены повторные оценки по тем же шкалам. Результаты показали значительное улучшение практически по всем показателям: Снижение уровня депрессии (CES-DC): в среднем на 27% во всех интервенционных группах, особенно выраженное в группе с комбинированной психологической и семейной поддержкой.

Уменьшение симптомов ПТСР (CRIES): клинически значимые показатели снизились до 22,1% по сравнению с 36,4% на старте.

Общее улучшение по шкале SDQ: доля детей с высоким уровнем проблем снизилась с 44,4% до 29,7%, с особенно выраженным эффектом в части интернализации. Улучшение самооценки по TSCS среднее значение выросло до 86,5 ($SD = 10,1$), что свидетельствует о повышении уверенности и устойчивости к стрессу.

3. Эффективность отдельных компонентов вмешательства

Сравнительный анализ эффективности различных компонентов вмешательства позволил выделить наиболее результативные сочетания: Семейное вмешательство SAFE Children показало наибольший эффект в снижении уровня тревожности и агрессии у детей. Улучшилось взаимодействие между родителями и детьми, усилились навыки позитивного воспитания.

Психологическая поддержка (терапия ARC, арт-терапия, игровая терапия) способствовала улучшению эмоциональной регуляции и снижению симптомов депрессии и ПТСР. Дети стали лучше справляться с эмоциями и ситуациями неопределённости.

Экономическое вмешательство оказало влияние в первую очередь на родителей: уровень стресса по шкале DASS снизился на 30%, повысилась уверенность в будущем. Параллельно, дети из этих семей продемонстрировали улучшение поведенческой стабильности. Интересно, что наиболее выраженные результаты наблюдались в группах с комплексными интервенциями, что подтверждает гипотезу о синергии различных форм поддержки.

Коморбидность психических расстройств у детей была высокой: 81,4% имели хотя бы одно расстройство, 59,8% — два и более. Наиболее часто сочетались депрессия и ПТСР, а также ПТСР и СДВГ. После вмешательств уровень коморбидности снизился, особенно у детей, получавших когнитивную и эмоциональную коррекцию.

Полученные данные подтверждают, что реинтеграция детей, ранее проживавших в интернатных учреждениях, представляет собой не просто логистический или административный процесс, но глубоко многослойное психосоциальное явление. Влияние институционализации на психическое здоровье ребёнка подтверждается высоким уровнем депрессии, тревожности, нарушений привязанности и когнитивной нестабильности. Психоэмоциональные последствия институционализации

Результаты базовой оценки показали, что более половины детей (51,9%) демонстрировали клинический уровень депрессии, а более трети — признаки посттравматического стрессового расстройства (36,4%). Это подчёркивает серьёзность последствий длительного пребывания в условиях дефицита индивидуального внимания, эмоциональной поддержки и безопасности.

Такой уровень нарушений подтверждает необходимость не только возврата детей в семьи, но и обеспечения программной поддержки на всех уровнях: психологическом, образовательном и социальном. Особенно важно, что выявленные нарушения носили коморбидный характер: более 59% детей имели два и более диагноза. Эти данные позволяют утверждать, что единичные интервенции, направленные на одну проблему (например, тревожность), вероятнее всего, не будут эффективны без системного вмешательства.

4. Динамика восстановления: от регрессии к устойчивости

Важно отметить, что восстановление детей происходит неравномерно. Анализ глубинных интервью и повторных измерений показывает, что прогресс может сопровождаться временными регрессиями. Некоторые дети, например, демонстрировали ухудшение поведения или усиление тревожности спустя несколько месяцев после возвращения в семью. Это, однако, следует интерпретировать как нормальный процесс адаптации, при котором ребенок вновь сталкивается с эмоциональными нагрузками, связанными с установлением привязанностей, ожиданиями и новыми нормами.

Фаза стабилизации, наступающая обычно после шести месяцев поддержки, характеризовалась более устойчивыми показателями. Дети начинали активнее участвовать в учебном процессе, демонстрировали большее доверие к взрослым и улучшали навыки общения.

5. Влияние родительских факторов

Результаты по шкалам, применяемым к родителям (DASS-21, ACE, MSPSS), показали, что психическое здоровье и

устойчивость опекуна прямо связаны с успешностью реинтеграции ребёнка. У родителей с высоким уровнем поддержки и низкими показателями хронического стресса дети демонстрировали лучшие поведенческие и когнитивные результаты. В то же время, родители с высокой историей неблагоприятных детских переживаний (по шкале ACE) чаще испытывали трудности с установлением эмоционального контакта и последовательного воспитания.

Эти данные подчеркивают важность работы не только с детьми, но и с их родителями. Поддержка и коррекция родительских моделей воспитания должна быть неотъемлемой частью любых программ семейного воссоединения.

6. Контекстуальные и культурные аспекты

Адаптация вмешательств к азербайджанскому социокультурному контексту сыграла ключевую роль в успехе программы. Участие расширенной семьи, уважение к традиционным ценностям, а также вовлечение местных специалистов позволило повысить уровень доверия к проекту и минимизировать сопротивление вмешательствам. Это ещё раз подтверждает необходимость культурной адаптации всех вмешательств перед их масштабированием или внедрением в новых условиях.

ВЫВОДЫ

1. Исследование подтвердило высокие показатели проблем психического здоровья у детей, интегрирующихся в семьи, которые включают выраженные эмоционально-поведенческие трудности, сниженная самооценка и повышенный уровень травматизации.

2. Проблемы психического здоровья детей ассоциируются с высоким уровнем депрессии, тревожности и посттравматического стресса у их родителей, что делает их важным предиктором для прогнозирования вероятных психических расстройств у ребенка.

3. Комплексные мероприятия, включавшие психотерапевтические сессии с детьми и родителями, тренинги по родительским навыкам, работу с травмой и когнитивные упражнения, оказались

эффективными в плане улучшения когнитивных способностей детей и повышения их уровня адаптации в семьях.

4. Различные виды вмешательств обладают разной эффективностью в зависимости от уровня выраженности психосоциальной дезадаптации детей, по мере улучшения показателей психического здоровья потребность в одних видах помощи может снижаться, а других возрастать.

5. Исследование выявило статистически достоверное снижение показателей тревоги, депрессии и травматического стресса у родителей в процессе использования семейной системной модели поддержки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Мультидисциплинарный подход на основе модели ARC: Внедрение системной помощи, ориентированной на восстановление привязанности и снижение тревожности у ребёнка, должно начинаться ещё в условиях учреждения и последовательно продолжаться после его возвращения в семью. Это позволит обеспечить преемственность психологической поддержки и адаптацию ребёнка к новой среде.

Комплексная диагностика потребностей ребёнка. Оценка психического состояния не должна ограничиваться только клиническими шкалами. Необходимо дополнять её когнитивной диагностикой - в частности, оценкой мышления, визуального восприятия и исполнительных функций, чтобы глубже понять сильные и уязвимые стороны ребёнка.

Активное вовлечение родителей. Долгосрочный эффект возможен только при участии взрослых. Повышению родительской включённости способствует психообразование, обучение навыкам позитивного воспитания, а также индивидуальная психологическая поддержка.

Развитие межведомственного сотрудничества. Для успешной и стабильной реинтеграции детей необходимо тесное взаимодействие между школами, учреждениями здравоохранения и

социальными службами. Это требует системной координации на всех уровнях сопровождения семьи.

Диагностические инструменты: Шкалы, использованные в рамках исследования (SDQ, CES-DC, GAD-7, PCL-C, CRIES-8, TSCS-2), продемонстрировали высокую надежность и могут быть рекомендованы к более широкому применению при оценке психоэмоционального состояния как детей, так и их родителей.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Герайбейли Г.Ч., Гулиева Н.Р., Маммедзаде Дж.Р. Трудности социальной коммуникации и аутизм у детей, ранее помещенных в детские учреждения // *Saglam*. – Баку, 2023.
2. Guliyeva N.R. Adverse childhood experiences among deinstitutionalization children from foster care // *The Caucasus Scientific Journal*. – 2023. – Issue 01.
3. Beard L., Ismayilova L., Claypool E., Heidorn E., Guliyeva N. From child institutions to family reunification: challenges and opportunities in building family-centred care // *The Lancet Global Health*. – 2022.
4. Salayev K., Aslanova U., Guliyeva N., Geraybeyli G. Assessment of Research Ethics Knowledge of Pediatricians in Azerbaijan // *Global Pediatric Health*. – 2024. – Vol. 11. – DOI:10.1177/2333794X231224989.
5. Мамедова Р., Зейналов А., Гулиева Н. Изучение распространенности депрессии и способствующих ей факторов среди подростков-сирот в Баку, Азербайджан // *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. – 2023. – Т.14, №4.
6. Quliyeva N.R., Mammadova R.Y., Zeynalov A.E., Mammedzade .R., Karaxanova M.S. Влияние материнской послеродовой депрессии на детей с аутистическими расстройствами: результаты исследования в городе Баку // Материалы научно-практической конференции, посвящённой дню рождения Гейдара Алиева. – Баку, 2023.
7. Quliyeva N.R., Ismayilov F.N. Azərbaycanca İstitutlaşmadan Çıxan Uşaqların Psixi Sağlamlıq Problemləri və Müdaxilə Strategiyaları // *Psixiatriya jurnalı*. – 2025. – №1. – С.30–33.
8. Гулиева Н.Р. Влияние неблагополучной семьи на психическое состояние детей и подростков // *Psixiatriya jurnalı*. – 2019. – №2. – С.23–27.

9. Guliyeva N.R. Adverse Childhood Experiences among Deinitialization Children from Foster Care // *The Caucasus Economic & Social Analysis Journal of Southern Caucasus Multidisciplinary Journal*. – 2023. – Vol. 54, Issue 01.

Защита диссертации состоится «__»_____2025 года В __ часов на заседании диссертационного совета ЕД 2.05 при Азербайджанском Медицинском Университете.

Адрес: AZ 1022, Баку, ул. А. Гасымзаде 14, актовый зал Азербайджанского Медицинского Университета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета.

Электронная версия автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского Медицинского Университета (www.amu.edu.az)

Автореферат диссертации разослан «__»_____2025_г.

Подписано в печать: __.__.2025

Формат бумаги: 60x84 1/16

Объем: _____ символов

Тираж: _____

Типография «Тебиб»