

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Пензенский государственный университет» (ПГУ)

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Учебное пособие

Пенза
Издательство ПГУ
2025

УДК 616-053.2
ИЗ2

Р е ц е н з е н т ы :

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой детских болезней
Самарского государственного медицинского университета

Д. В. Печкуров;

кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии и педиатрии
Пензенского института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России

М. Н. Максимова

А в т о р ы :

Л. А. Мусатова, Л. И. Краснова, Г. В. Долгушкина,
А. М. Никифоров, О. В. Зиновьева, В. В. Никонорова,
Ю. В. Рассказова, В. С. Бурлаков, Е. В. Петрова,
М. С. Баженов

Избранные вопросы ментального здоровья детей :

ИЗ2 учеб. пособие / Л. А. Мусатова, Л. И. Краснова, Г. В. Долгушкина [и др.]. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2025. – 134 с.

ISBN 978-5-907934-59-7

Представлены современные взгляды на ментальное здоровье детей. Рассмотрены растущая актуальность проблемы нарушений ментального здоровья в детском возрасте (литературный обзор), этиология, патогенез, клинические варианты психоневрологических расстройств у детей. Особое внимание уделено специфике организации обучения пациентов и их законных представителей. Приведены обучающие тесты и задачи для закрепления изученного материала.

Издание подготовлено на кафедре «Педиатрия» Медицинского института ПГУ и предназначено для обучающихся по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», а также может быть полезно педиатрам, неонатологам, неврологам, хирургам, врачам общей практики.

Рекомендовано к изданию методической комиссией Медицинского института ПГУ
(протокол № 03 от 14.11.2024)

УДК 616-053.2

ISBN 978-5-907934-59-7

© Пензенский государственный
университет, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. Ментальное здоровье вчера и сегодня	7
Глава 2. Аутизм у детей	53
Глава 3. Общие подходы к диагностике психоневрологических расстройств у детей	61
Глава 4. ОВЗ и инвалидность?	74
Глава 5. Особенности ведения детей с нарушениями ментального здоровья в условиях детской поликлиники	87
Глава 6. Специфика организации обучения пациентов	96
Тесты на тему «Ментальное здоровье у детей»	106
Клинические задачи	116
Список литературы	127
Приложения	131

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- CHARGE** – синдром Чарга – Стросса
- Child Guidance Clinics** – детская консультация-поликлиника (лечебное учреждение, оказывающее помощь психически неполноценным или трудным детям)
- CNV** – вариации числа копий генов
- GWAS** (Genom-Wide Association Studies) – исследования ассоциаций в масштабах всего генома
- SNP** (Single Nucleotide Polymorphism) – однонуклеотидный полиморфизм
- ГАМК**-рецепторы – гамма-аминомасляная кислота
- ДМН** – детские ментальные нарушения
- ДНК** – дезоксирибонуклеиновая кислота
- ИПРА** – индивидуальная программа реабилитации / абилитации
- МСЭ** – медико-социальная экспертиза
- Наркомздрав** – Народный комиссариат здравоохранения СССР
- ОЖД** – ограничения жизнедеятельности
- ПМПК** – психолого-медико-педагогическая комиссия
- РАМН** – Российская академия медицинских наук
- РАС** – расстройство аутистического спектра
- РДА** – ранний детский аутизм
- СДВГ** – синдром дефицита внимания и гиперактивности
- ТОП** – терапевтическое обучение пациента
- ТСР** – технические средства реабилитации
- ЦПМПК** – центральная психолого-медико-педагогическая комиссия

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем на сегодняшний день является интеграция людей с ментальными нарушениями в общество. Дети с расстройствами аутистического спектра отличаются от своих сверстников недостаточно развитыми социально-бытовыми навыками, неприспособленностью к повседневным делам, неспособностью подражать поведению взрослых в повседневной жизни, трудностями в применении накопленных знаний в реальной жизни, отсутствием мотивации к овладению социально-бытовыми навыками и, как следствие, часто невозможностью самостоятельного проживания в обществе.

С 2019 г. Пензенская область является активным участником общественного проекта Приволжского федерального округа «Ментальное здоровье детей в Пензенской области», выстраивает систему комплексного сопровождения детей, лиц с расстройствами аутистического спектра.

По данным Министерства здравоохранения Пензенской области, в 2020 г. зафиксировано 1319 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и другими ментальными нарушениями (ДМН), из них: с РАС – 130 детей, в том числе от 3 до 14 лет – 115 детей; от 15 до 18 лет – 15 детей; с ДМН – 1189 детей.

В Пензенской области амбулаторная медицинская помощь таким детям предоставляется участковыми врачами-педиатрами межрайонных и районных больниц, городских, межрайонных и районных детских поликлиник, а также специалистами поликлиники и ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н. Ф. Филатова». Стационарную помощь детям с РАС осуществляют ГБУЗ «Областная психиатрическая больница имени К. Р. Евграфова» и ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н. Ф. Филатова».

С сентября 2022 г. в Пензенской области работает региональный ресурсный центр сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. Психолого-педагогическая консультативная помощь семьям с детьми с РАС и ДМН оказывается в ГБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Пензенской области», а также в муниципальном психолого-педагогическом центре системы образования «Надежда» (г. Заречный), консультативных центрах, созданных на базе организаций дошкольного

образования, в восьми интернатных учреждениях Пензенской области.

В рамках участия в общественном проекте Приволжского федерального округа «Ментальное здоровье детей в Пензенской области» кафедра «Педиатрия» Медицинского института Пензенского государственного университета считает необходимым публикацию данного учебного пособия об этиопатогенезе ментальных нарушений, общих подходах к диагностике психоневрологических расстройств у детей, об особенностях ведения детей с нарушениями ментального здоровья в условиях детской поликлиники.

Авторы надеются, что информация, представленная в пособии, будет интересна с методологической и практической точек зрения.

Главы 1 и 2 учебного пособия разработаны старшим преподавателем кафедры «Педиатрия» Медицинского института ПГУ В. В. Никоноровой.

Глава 6 подготовлена преподавателем Пензенского колледжа информационных и промышленных технологий (ИТ-колледж) О. В. Зиновьевой.

Глава 1. МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

Говоря о развитии какой-либо науки, бывает сложно выделить точные временные рамки формирования ее основных постулатов. Причиной тому служат многообразие фундаментальных дисциплин, на которых она базируется, и большое количество наук, имеющих общие истоки, развивающихся параллельно и в тесной взаимосвязи друг с другом. Психиатрия как отрасль клинической медицины в данном смысле не является исключением. Так, к примеру, ценными для нее являются представления о строении и функциях головного мозга (анатомия, нейропсихология), индивидуальных особенностях психики человека (психогенетика), особенностях ее функционирования (психология) и взаимосвязи с другими системами организма (психосоматика). Несмотря на то, что преобладающие нозологические формы в их работе различны, психиатру и неврологу нередко приходится «сотрудничать» в ведении одного и того же пациента.

Первые гипотезы о существовании у человека чего-то, помимо физического тела, уходят своими корнями в глубокую древность, и даже с момента установления факта влияния функционального состояния головного мозга на высшие психические процессы и поведение человека взгляды ученых продолжали меняться, а иногда и противоречить друг другу. До сих пор трудно назвать область науки более загадочную, чем изучение субстрата психики – головного мозга.

История психиатрии как современной науки насчитывает не более двухсот лет, начиная с того времени, когда в науке и общественном мнении начало формироваться представление о психических расстройствах как разновидности заболеваний, в своем базисе сходных с другими заболеваниями, хотя и имеющих своеобразные, отличные от признаков других болезней «душевные» проявления.

Ознакомление с формированием этой области науки, ее достижениями и крупнейшими учеными имеет большое познавательное значение. Наряду с этим понимание пути психиатрии, прошедшей от наказаний и изоляции душевнобольных до гуманного их лечения и реабилитации, будет способствовать воспитанию бережного отношения к пациенту, клиенту, ученику и его семье.

Изучение вопроса показывает, что развитие представлений о психических расстройствах связано с господствующими в ту или иную эпоху философскими взглядами. В этой связи можно выделить три основные существующие и развивающиеся тенденции.

1. *Магический подход* – рассмотрение необъяснимых явлений в психике как магических. В примитивном обществе ответственными за болезни души и тела считали духов. В Средние века в Европе возникновение помешательства связывали с кознями дьявола или с добровольным общением с ним, отношение к душевнобольным нередко сводилось к их массовому физическому уничтожению, осуществлявшемуся инквизицией при всеобщем одобрении и с использованием соответствующей «научной» базы и утвержденных инструкций. Репрессии распространялись как на взрослых, так и на детей. Изложение их можно найти, например, в знаменитом «Молоте ведьм». В лучшем случае «сумасшедшие» были обречены на пожизненное пребывание в кандалах в тюремных условиях. В некоторых культурах и в настоящее время все еще психоз считают результатом одержимости бесовскими силами, вселения в человека дьявола. Такая варварская экспансия привела к определенной деградации, забвению философских концепций Рима и Греции и замене их на много столетий христианскими теологическими воззрениями.

К чести православия, на Руси люди с душевными отклонениями очень редко являлись объектами церковного и общественного гонения, наоборот, в российской истории есть многочисленные упоминания о так называемых «блаженных», признававшихся прорицателями, проводниками «правды» и божественной истины, «блаженными перед богом».

2. *Органический подход* – объяснение душевных болезней телесными причинами. Греческий философ Гиппократ (IV в. до н.э.), как и некоторые другие его современники, связывал появление психических расстройств с материальными явлениями (смещением соков в организме). Мозг он считал органом познания и приспособления человека к среде: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радость, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы – происходят от мозга. От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывают тревога, страхи либо ночью, либо с наступлением дня». В XIX в. Т. Мейнерт (1833–1892) уже определенно связывал возникновение психозов с болезнями больших полушарий мозга. В. Гризингер (1814–1868)

указывал на то, что многие нервно-психические болезни обязаны своим происхождением соматическим заболеваниям. В XX в. достигнут такой уровень развития психиатрии, что, например, А. Фёллинг (1934) смог объяснить происхождение фенилкетонурии (формы умственной отсталости) отсутствием фермента фенилаланингидроксилазы.

3. *Психологический подход* – обнаружение психологических причин психических нарушений. Возникновение взгляда на психические расстройства как на последствие людских страстей и пороков можно представить как трансформацию средневековых представлений о влияниях злого духа на душу и поведение людей. В начале XIX в. представители «Психической школы» – И. Гейнрот (1773–1843), рассматривавший религиозную мораль как причину психических расстройств, В. Иделер (1795–1860), отстаивавший в этом качестве чистую мораль, Бенеке (1789–1854), видевший в крайнем психологизме ответ на вопрос об этиологии психических расстройств, и другие – этиологию психических расстройств сводили к психическим факторам. В конце XIX – начале XX в. З. Фрейд (1856–1939) конкретизировал характер психологических воздействий, способных привести к возникновению неврозов и психозов, ими он считал вытесненные из сознания эмоции и побуждения. В течение XX в. это направление, связанное с изучением глубинных психологических механизмов, которые могут являться, в частности, причиной нервно-психических расстройств, разрабатывалось трудами его учеников и последователей: К. Юнга (1875–1961), А. Адлера (1870–1937), Е. Блейлера (1857–1939), К. Хорни (1885–1953) и многих других.

4. *Интегральный подход* – понимание психических расстройств как изменение работы сложного физиологического механизма (организма) и осознающего себя индивида (личности) под влиянием трудных жизненных обстоятельств и связанных с ними эмоциональных стрессов, тревоги, гнева, страха, безнадежности. Г. Селье (1946) при так называемом адаптационном синдроме выявил цикл органических реакций в ответ на внешние раздражители. Его учение наряду с работами И. П. Павлова (1849–1936) и З. Фрейда легло в основу клинических и экспериментальных исследований взаимодействия между душой и телом. Возникло психосоматическое направление в медицине (Дойч Ф., 1884–1964; Гродек Г., 1886–1934; Данбар Ф., 1902–1959; Александер Ф., 1891–1964 и др.), рассматривающее соматические расстройства в неразрывной связи

с состоянием психики, а психические болезни – неотрывно от телесных изменений. По сути, этот подход – отражение признания того, что не существует ни психической, ни соматической болезни. Практически у больного человека имеются представленные в разных пропорциях сочетания как психических, так и соматических нарушений. От преобладания одних или других зависит диагноз душевного или телесного заболевания. Преимущество этого подхода в том, что вне зависимости от того, расстроена психика или возникло соматическое заболевание, он предполагает необходимость использования не только лекарственных препаратов, действующих на соматические симптомы, но и обязательность применения средств психотерапии.

Развитие психиатрии определяется также потребностями общества в организации помощи душевнобольным, социальными условиями, связанными как с преобладающими представлениями об этиологии душевных расстройств, так и с материальными возможностями государства и его общественных институтов.

В описанные выше Средние века, когда в рамках феодальных государств стали развиваться города, из-за скученности проживания людей возникла необходимость изоляции психических больных. Однако из-за преобладания в это время особого взгляда на душевные болезни больных содержали в монастырях.

Позже, в XV–XVII вв., в бывших тюрьмах и казематах стали организовывать убежища для психических больных, где их содержали в непригодных для существования людей помещениях, избивали, не кормили и приковывали цепями.

В конце XVIII – начале XIX в. буржуазная революция во Франции провозгласила защиту прав человека. В соответствии с гуманистическими идеалами того времени Ф. Пинель (1745–1826) в Париже начал превращать полутюремные убежища для сумасшедших в медицинские учреждения для душевнобольных. Одно из важных его нововведений на пути превращения последних из отвергаемых обществом монстров в ранг больных – ликвидация цепей. Все же в обиходе больниц оставались смиренные рубашки и другие меры стеснения больных. Продолжил борьбу с ограничениями свободы больных британский психиатр Д. Конолли (1794–1866). В Англии он ввел режим нестеснения психических больных, который оказал большое влияние на создание более гуманного отношения к пациентам психиатрических больниц во всем мире. В других странах также были сделаны первые шаги по организации

психиатрических больниц. В США первая психиатрическая больница была открыта в штате Вирджиния (1773). В этой стране преобразования в психиатрии связывают с именем Б. Раша (1745–1813).

Итак, перелом в отношении к душевнобольным в Европе наступил лишь в XVIII в. Он связан с именами доктора медицины, члена Парижской академии наук Филиппа Пинеля (1745–1826), французского врача, исполнявшего обязанности «государственного врача Парижа», и его ученика и ассистента Ж. Эскироля. Пинель добился от якобинского Конвента решения о ликвидации цепей и оков для душевнобольных и упразднения прочих тюремных порядков их содержания в парижских психиатрических лечебницах Бисетр и Сальпетриер, где он работал главным врачом. Пинель ввел в практику работы психиатрических лечебниц именно лечебные порядки – обходы врачей, прогулки, водолечение.

Жан-Этьен Доменик Эскироль (1772–1840) с 1823 г. являлся профессором и генеральным инспектором медицинского факультета Парижского университета и одновременно с 1825 г. и до конца жизни главным врачом психиатрической лечебницы в Шарантоне. Эскироль явился инициатором и одним из авторов первого в Европе закона, охранявшего права и интересы душевнобольных, организатором колонии для проживания душевнобольных, располагавшейся близ Парижа. В 1800 г. он открыл первую в Европе частную лечебницу для душевнобольных.

Пинель и Эскироль начали преподавать студентам медицинского факультета парижского университета курс психиатрии, отделенный ими от преподавания внутренних болезней. В 1838 г. Эскироль создал первый учебник по психиатрии «О душевных болезнях», а также «Медико-философский трактат о душевных болезнях, или Мании» (1801), который в 1899 г. был переведен на русский язык и стал учебником для российских врачей. В Англии аналогичную миссию осуществил Джон Конолли (1794–1866), с 1839 г. возглавлявший психиатрическую больницу в Хенуэлле. Дж. Конолли разработал и пропагандировал систему призрения душевнобольных, названную им «нестеснением», содержание которой изложил в написанном им руководстве для врачей (1856). В Германии признание «сумасшедших» больными людьми и констатация психических болезней как заболеваний головного мозга связаны с именем Вильгельма Гризингера (1817–1868), невролога, психиатра и терапевта,

профессора Кильского (1847), а затем Тюбингенского (1854) и Берлинского (1865) университетов, главного врача берлинской клиники Шарите. Заслугой Гризингера в подготовке врачей-психиатров явилось создание в 1864 г. в Тюбингене объединенной кафедры невропатологии и психиатрии, а в 1868 г. – Берлинского научного общества невропатологов и психиатров и учреждение первого в Европе журнала «Archiv für Psychiatric und Nerveheilkunde». В разработке теоретических и практических аспектов психиатрии Гризингер разделял мозг как материальный субстрат и психическую деятельность как его «общую функцию».

Таким образом, в XIX в. в Европе стали организовываться первые специализированные психиатрические больницы, психиатрию начали преподавать студентам-медикам, хотя она еще не была выделена как отдельная наука. Начальный этап становления и развития психиатрии нашел определенное завершение с созданием немецким психиатром Эмилем Крепелиным (1856–1926) нозологической классификации психических болезней. Она была приведена в написанном им учебнике по психиатрии, выдержавшем восемь изданий еще при жизни автора (первое – в 1883 г., русский перевод – в 1910–1912 гг.).

Крепелин осуществил весьма существенный вклад как в развитие клинической психиатрии, так и в обучение врачей-психиатров, работая профессором психиатрии в университетах Дерпта, Гейдельберга и Мюнхена. В 1917 г. им был организован Мюнхенский психиатрический исследовательский институт. Крепелин, кроме всего прочего, явился основателем нового направления в психиатрии – этнопсихиатрии, предприняв путешествия на Яву и в Северную Америку, где изучал особенности психики и психопатологии коренного населения.

Ввиду немногочисленности врачей-психиатров помощь душевнобольным длительное время осуществляли врачи общей практики. Вместе с тем отсутствие лекарств, устраняющих психическое возбуждение, «буйство», которые появились лишь в конце XIX – начале XX в., обусловило длительное сохранение определенного насилия и системы наказаний по отношению к людям с психическими расстройствами.

В России, как было сказано, никогда не обращались с душевнобольными так жестоко, как в странах Западной Европы, и воспринимали больных чаще как «Богом наказанных», не относясь к ним как к враждебной силе. Уже в IX–XI вв. организовывалось

призрение душевнобольных в монастырях Киева и позже в Москве. В царствование Петра Великого было запрещено направлять «сумасбродных» в монастыри и предлагалось помещать в специальные больницы. Однако первые психиатрические больницы были открыты в 1876 г. в Новгороде, Риге и Москве, в 1879 г. организовано отделение в Санкт-Петербурге. Вместе с тем известно, что в начале XIX в. была опубликована книга главного врача московской Преображенской больницы З. И. Кибальчича «Известия о доме сумасшедших в Москве и способе лечения, в нем употребляемом».

Гуманистические преобразования особенно активно проводил главный врач психиатрической больницы в Москве (с 1828 г.) В. Ф. Саблер. При нем были уничтожены цепи и веревки для связывания, организованы досуг и трудовая терапия больных, заведены истории болезни, рецептурные книги, появились врачи примерно с теми же обязанностями, что и в настоящее время. В Санкт-Петербурге такие же изменения в судьбе больных произвел И. М. Балинский (1827–1902), первый русский профессор психиатрии (с 1857 г.). Отсталое психиатрическое учреждение он превратил в передовую клинику. С его участием создавались проекты новых психиатрических больниц.

Ученик В. Ф. Саблера Александр Устинович Фрезе первый стал преподавать психиатрию студентам Казанского университета, профессором которого он стал в 1872 г. Фрезе был одним из организаторов психиатрической службы в России, участвовал в проектировании и организации психиатрических больниц в Казани, Симферополе, Перми, Одессе, Киеве.

Реформы в российских психиатрических учреждениях связаны с именем С. С. Корсакова (1854–1900), одного из основателей российской научной психиатрии и нозологического направления. В его московской психиатрической клинике (в 1888 г. при медицинском факультете университета, профессором которого он являлся) были ликвидированы все меры стеснения, упразднены изоляторы, были сняты решетки с окон отделений, введены постельное содержание острых больных и занятия на открытом воздухе для больных с затяжными болезнями. Корсаков организовал Московское общество невропатологов и психиатров, основал Журнал невропатологии и психиатрии (1901), который издается по настоящее время и носит имя С. С. Корсакова. Его учениками и последователями были профессора В. П. Сербский, Н. Н. Баженов, П. П. Кащенко, П. Б. Ганнушкин, Н. А. Бернштейн.

Владимир Петрович Сербский (1858–1917), в частности, явился основателем такого необходимого направления в психиатрии, как судебная психиатрия, и автором соответствующего первого отечественного учебника. В настоящее время вопросы общей и судебной психиатрии разрабатываются в НИИ судебной медицины им. В. П. Сербского (Москва).

Приват-доцент Московского университета Николай Николаевич Баженов (1857–1923) был первым председателем Русского союза невропатологов и психиатров, который далее преобразовался во Всесоюзное общество невропатологов и психиатров (в настоящее время – Всероссийское общество). Разносторонность его интересов выразилась еще и в том, что он явился председателем Московского литературно-художественного кружка и Московской масонской ложи.

Первому главному врачу Московской психиатрической больницы Петру Петровичу Кащенко (1858–1920) в свое время выпала трудная задача сохранения лучших традиций российской психиатрии после Октябрьского переворота и в условиях гражданской войны на посту председателя психиатрической комиссии Наркомздрава. Его имя носит Московская психиатрическая больница, одна из крупнейших в Европе.

Крупный вклад не только в отечественную, но и мировую психиатрию был сделан Петром Борисовичем Ганнушкиным (1875–1933), профессором Московского университета. Он и его ученики разработали одно из существенных направлений психиатрии – психиатрия пограничных психических расстройств, а также впервые показали динамику заболеваний, считавшихся конечными, неизменяющимися. Последнее было изложено и обосновано в небольшом по объему труде «Клиника психопатий» (1933 г., 120 с.), совершившем в определенной степени переворот в клинической психиатрии.

Чрезвычайно яркой личностью был Николай Александрович Бернштейн (1870–1922), в трудных условиях послевоенной разрухи явившийся одним из инициаторов и организаторов Московского психиатрического института и его директором (с 1921 г.).

В дореволюционное время он явился инициатором открытия в 1899 г. полицейского приемного покоя для душевнобольных в Москве, т.е. своеобразной службы «скорой помощи» для психически больных.

Одним из основателей Санкт-Петербургской психиатрической школы стал Виктор Хрисанфович Кандинский (1849–1899). Несмотря на скромную должность старшего ординатора психиатрической больницы св. Николая, которую он занимал с 1881 г., и ранний уход из жизни, Кандинский внес большой вклад в психиатрическую науку. Им было дано классическое описание псевдогаллюцинаций как особого признака психических заболеваний, что положило начало изучению синдрома «психического автоматизма» (синдром Кандинского – Клерамбо), разработана первая отечественная классификация психических болезней, предложены критерии невменяемости, используемые и в настоящее время.

Становление Санкт-Петербургской психиатрической школы связано с именем профессора Медико-хирургической академии Ивана Михайловича Балинского (1827–1902), с 1857 г. руководившего психиатрической клиникой академии, где он впервые в России стал преподавать психиатрию как самостоятельную дисциплину. Его учеником и преемником был профессор Иван Павлович Мержеевский (1838–1908), одним из первых в Европе изучавший проблемы психопатологии алкоголизма и поставивший вопрос о признании алкоголизма психическим заболеванием.

С именами И. М. Балинского и И. П. Мержеевского связано открытие психиатрической клиники Медико-хирургической академии (1859), учреждение «Общества петербургских врачей для помешанных» (1861). По инициативе И. М. Балинского с 1869 г. было положено начало устройства окружных психиатрических лечебниц в ряде губернских городов России, консультантом в организации которых ученый был последующие четверть века.

В 1878 г. Медико-хирургическую академию окончил Владимир Михайлович Бехтерев (1857–1927), внесший крупнейший вклад в развитие российской нейроанатомии и нейрофизиологии, неврологии, психиатрии, нейрохирургии, психотерапии. В. М. Бехтерев начал свою научную деятельность в качестве профессора Казанского университета (с 1885 г.), затем – профессора Санкт-Петербургской военно-медицинской академии (с 1893 г.).

В 1908 г. на общественные пожертвования В. М. Бехтерев организовал уникальное по своей структуре учреждение – Психоневрологический институт, носящий сейчас его имя. Уникальностью института является объединение в его составе неврологической, психиатрической и нейрохирургической клиник, в чем нашел отражение активно отстаивавшийся В. М. Бехтеревым принцип единства

нервных и психических болезней. При создании института изначально предполагалось, что он будет предназначен не только для взрослых пациентов, но и для детей. Разработанная В. М. Бехтеревым структура института сохраняется до настоящего времени.

В результате усилий упомянутых ученых, деятельности их учеников, коллег и последователей в дореволюционной России была создана ничем не уступавшая европейской, а во многом и превосходящая ее система стационарной и амбулаторной психиатрической помощи. Были обоснованы идеи психопрофилактики, реабилитации психических больных, признания ряда психических болезней переходящими, излечимыми состояниями.

Курсы психиатрии стали входить в обязательную программу обучения врачей, психиатрия постепенно дифференцировалась от неврологии, превращаясь в отдельную, самостоятельную врачебную специальность. К чести и достоинству психиатров, работавших уже при советской власти, следует отнести сохранение и дальнейшее развитие отечественной психиатрии в жестокое революционное время, в гражданскую войну и последующие далеко не лучшие для отечественной науки десятилетия.

После 1917 г. осуществлялись попытки превращения медицины, задачей которой было только лечение, в здравоохранение, целью которого стало бы еще и предупреждение болезней. В русле этих преобразований в 1919–1923 гг. было начато создание внебольничной психиатрии. Опережая зарубежные страны, отечественные психиатры (Бехтерев В. М., 1857–1927; Ганнушкин П. Б., 1875–1933; Розенштейн Л. М., 1884–1935, и др.) создали научное обоснование психопрофилактики, организовали психоневрологические институты и диспансеры, предназначив их для оказания медицинской, консультативной и социальной помощи больным, страдающим психозами, неврозами и прочими пограничными психическими заболеваниями. Их функциями стали:

- 1) активное выявление и учет больных, наблюдение за ними и амбулаторное лечение;
- 2) восстановление здоровья психических больных и своевременное направление в больницу в случае необходимости;
- 3) проведение психиатрической экспертизы больных;
- 4) оказание консультативной помощи другим специалистам;
- 5) правовая, социальная и патронажная помощь больным, находящимся под наблюдением диспансера;

б) реабилитация психических больных, вовлечение в трудовую деятельность и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью.

Дальнейшее развитие психиатрической помощи пошло по пути уменьшения крупных больниц, организации дневных и ночных стационаров, создания профильных лечебных учреждений (детских, подростковых, геронтологических), изменения структуры и назначения старых лечебных учреждений с целью максимального приближения служб к населению и специализации предлагаемых услуг. Эти изменения позволяют проводить реабилитацию больных, используя многоступенчатое их обслуживание. Повышает эффективность лечения и реабилитации больных привлечение для этого все большего круга профессионалов: врачей-непсихиатров, медицинских и специальных психологов, логопедов, социальных работников, педагогов, инструкторов по лечебной физкультуре.

В кратком очерке не упомянуты имена таких зарубежных и отечественных психиатров, усилиями которых создавалась психиатрическая наука (Кандинский В. Х., Крафт-Эбинг Р., Крепелин Э., Кречмер Э., Морель Б., Маньян В., Мержеевский И. П., Сербский В. П., Эскироль Ж. и др.), разрабатывались новые терапевтические средства (Вагнер-Яуреги И., 1917; Делей Ж., Деникер П., 1952; Закель М., 1933; Каннабих Ю. В., 1974 и др.) и осуществлялось совершенствование психиатрической помощи населению (Кащенко П. П., Мальяревский П. П. и др.). В разделе об истории формирования детской психиатрии будут приведены имена многих из тех ученых, которые внесли свой вклад как в детскую, так и в общую психиатрию.

Особый интерес представляет развитие детской психиатрии. Становление ее происходило параллельно с развитием детской психологии и педиатрии. В XIX в. наблюдения Ж. Итара, Э. Сегена, У. Прейера и С. Холла поставили общество перед решением вопроса о возможности и необходимости не только лечения, но и обучения глухих, слепых, слабоумных детей.

Долгое время считалось, что у детей не может быть каких-либо психических расстройств, кроме слабоумия. Описание наблюдений детских острых и хронических психотических расстройств, детского суицида (Хаслем Д., 1809; Прейер У., 1882; Дюран-Фардель Ж., 1855; Беркн У., 1864) появилось значительно позже, чем аналогичные описания болезней взрослых. Первые монографии и руководства по детской психиатрии появились только на рубеже XIX–XX вв. (Модсли Х., 1867; Эммингауз Х., 1887; Арленд В., 1889, и др.).

В целом возникновение детской психиатрии за рубежом, как и любой другой науки, смогло стать возможным только тогда, когда для этого появилась соответствующая потребность и созрели необходимые условия. Уменьшившаяся детская смертность к концу XVIII – началу XIX в. привела к увеличению популяции подрастающего поколения, в том числе и с различными отклонениями в развитии. Одновременно пришло понимание того, что дети – не уменьшенная копия взрослых, а своеобразный развивающийся организм. Изменившееся мнение о сути душевной организации детей привело к новому взгляду на аномального ребенка, созданию новой науки. Для этого возникли и условия – появились педагоги и врачи (психиатры), которые уже могли отличать ребенка с отстающим развитием или отклоняющимся поведением от психически здорового ребенка. Все же процесс формирования науки о нарушениях психики у детей проходил сложно – через несколько этапов в течение более ста лет. По мнению Д. Дюше (1990), рассвет современной детской психиатрии связан с проникновением в мир детства и наступившим у людей пониманием его особенностей. Это в значительной мере определялось опубликованием биографий выдающихся людей (Руссо Ж. Ж., Шатобриан, Дидро), литературных произведений, в которых героями были дети или которые были написаны для детей (Ростопчина Е. П., Гюго В., Санд Ж., Мало Г., Доде А., Диккенс Ч. и др.), и, наконец, научных трудов о детях (Песталоцци, 1828; Ч. Дарвин, 1876).

Во второй половине XVIII в. начали появляться отдельные описания детей с врожденной или приобретенной «душевной слабостью», проживавших в горной местности (кретинизм), или возникавшей спорадически (идиотия). Ж. Итар в 1798 г. провел первую попытку обучения умственно отсталого. В начале XIX в. стали создаваться подходы к *воспитанию и обучению умственно отсталых детей* (Сеген Э., 1846). Этот процесс, происходивший в спорах о перспективности занятий с дефектными субъектами, о принципах обучения, привел в дальнейшем к *организации специальных учебных заведений и изучению психического развития* (Прейер У., 1882; Холл С., 1891). При этом возможность возникновения психозов у детей категорически отрицалась, как думали в то время, из-за элементарности их психики и отсутствия у них переживаний трудностей жизни и опыта бурных страстей.

Жан-Мари Итар (1775–1838) – французский врач, один из основателей отологии, в 1800 г. организовал и возглавил Институт и училище для глухонемых. В училище детей обучали трудовым навыкам. Ученик Ж.-М. Итара и Ж. Эскироля, Эдуард Сеген (1812–1880) открыл и возглавил в приюте для психических больных клиники Бисетр (Париж) отделение для умственно отсталых детей (1841). В 1846 г. он опубликовал ставший классическим труд о лечении и воспитании умственно отсталых детей.

Только на границе XVIII и XIX столетий начали описывать единичные случаи острых психических расстройств у детей (Грединг, 1781; Перфект, 1794; Хаслем Дж., 1809). Несмотря на эти наблюдения, К. Карус (1809) все еще утверждал, что дети могут страдать лишь слабоумием, но у них не может быть помешательства.

Накопление сообщений о психозах у детей позволило Э. А. Целлеру высказать мысль о том, что у них душевные болезни протекают так же, как и у взрослых, т.е. начальная меланхолия переходит в манию, а затем завершается деменцией. Шольц (1846) наблюдал ребенка с детским церебральным параличом, а Тор (1840) – с галлюцинациями.

Возможность возникновения психозов у детей стала доказанным фактом во второй половине XIX в. Вест (1860) описал ребенка со слабоумием, припадками и «истинным помешательством». Дюран-Фардель (1855) обнаружил у детей самоубийства. В Париже открыли психиатрическое детское отделение. Помье там же защитил первую диссертацию о психических расстройствах у детей (1856). О случаях детских психозов появились сообщения в Германии, Англии, Швейцарии, Америке. Первая монография о детских психических расстройствах была написана Берканом в 1864 г.

Конец XIX столетия – поворотный пункт в истории детской психиатрии. Английский психиатр и философ Генри Модсли (1835–1918), который в 1857 г. закончил медицинский факультет Лондонского университета и впоследствии в 1869 г. стал профессором и заведовал кафедрой общей и судебной психиатрии, создал первый в Лондоне специализированный психиатрический госпиталь. Свои теоретические и практические философские, психологические и психиатрические идеи Модсли изложил в обширном труде «Физиология и патология души», вышедшем в свет в 1867 г. (русский перевод в 1971 г.). Модсли разработал первую известную классификацию психических расстройств у детей. Он пришел к выводу (1867), что

возраст может быть причинным фактором, и систематизировал известный опыт в области детской психопатологии.

Что касается Германии, то здесь З. Фрейд создал теорию детских неврозов (1905) и разработал принципы применения психоанализа в детской психиатрии. Его дочь, Анна Фрейд (1895–1982), в 1941 г. организовала в Хэмпстеде (Англия) приют для осиротевших детей, в лечении которых активно применялся психоанализ. На базе приюта с 1947 г. функционировали курсы по подготовке детских психоаналитиков.

Началом *современной детской психиатрии* считается выход в Германии книги Х. Эммингхауза (1887) «Психические расстройства детского возраста» и руководств во Франции – П. Моро де Тур (1889), Н. Манхаймера (1899), в Англии – В. Айрленда (1889), в Германии – Инфельда (1902), Г. Т. Циена (1902), В. Штромайера (1910) и А. Гамбургера (1926).

События, сыгравшие наиболее важную роль в формировании зарубежной детской психиатрии в XX в., можно сгруппировать следующим образом:

1. Были получены определенные знания о психическом развитии и его гетерогенности у детей. Для оценки психической зрелости и степени обучаемости детей *созданы психологические методики* – тесты (Бине А., 1905; Симон Т., 1905; Термен Л. М., 1921; Векслер Д., 1949). Начали проводиться регулярные *исследования психического развития детей* (Гезелл А., 1925), которые позволили понять закономерности нормального формирования личности и научиться выявлять отклонения. Общественные движения, возглавляемые психиатрами и психологами США (Майер А., Джеймс У.), положили начало развитию *психогигиены*, а затем – *движению за детскую психопрофилактику* (Хили У., 1909; Айхорн А., 1918 и др.), что способствовало становлению детской психиатрии.

2. Развитие *динамической психиатрии*, связанное с изучением всего случившегося на жизненном пути больного, всех его переживаний, повысило значение детства, нередко отягощенного серьезными психическими травмами, которые стали рассматриваться как возможные этиологические факторы психических заболеваний (Крепелин Э., Фрейд З., Майер А.).

3. Начатое в конце XIX в. *изучение подростковой преступности* и нарушений поведения у детей привело к введению в юридическую практику *детских судов* (в Австралии – в 1895 г.; в США – в 1899 г.).

Для оценки причин правонарушений потребовалось изучение личности детей и среды, из которой они вышли. С целью предупреждения детской преступности организовывались *воспитательные дома* для детей, лишенных родительской опеки. Для облегчения приспособления к жизни умственно отсталых стали создаваться программы специального обучения.

4. Первые *амбулаторные психиатрические учреждения* – консультирующие клиники (Chld Guidance Clinics) – были созданы в Бостоне (США) в 1921 г., в Великобритании – в 1926 г. Клиническая команда, работавшая в них, состояла из психиатра, психолога и социального работника. Руководство служб просвещения играло большую роль в развитии этих клиник, хотя часть из них и организовывалась в больницах. Перешли от изучения психологии обучения и интеллектуальных различий детей к психологии социального развития детей, что должно было помочь распознавать и исправлять поведенческие нарушения, выявлять эмоциональные факторы, лежащие в их основе. Появились учителя, подготовленные для работы с семьями, имеющими детей с отклонениями поведения.

5. Наблюдения за детьми сменились активной работой с ними, *исправлением их поведения и лечением*. Пришло понимание значения симптомов нервно-психических расстройств для анализа больных детей. З. Фрейд в 1905 г. изложил свои взгляды на детский невроз и его *психоаналитическое лечение*. Г. фон Хуг-Хельмут (1919) показала, что ребенок лучше выражает себя в игре, и предлагала ее использовать для изучения у него бессознательных психических процессов. М. Кляйн (1932) в психоанализе детей вместо свободных ассоциаций использовала игры. Она впервые начала истолковывать ранние психодинамические процессы младенцев. А. Фрейд (1927) применяла психоанализ у детей лишь для лечения неврозов, считала установление положительных отношений с детьми и понимание их переживаний обязательными условиями терапии, их игру истолковывала как приспособление к реальности, работала в контакте с родителями. Она не только интерпретировала переживания детей, но и, будучи педагогом, оказывала на них воспитательное воздействие.

6. Для понимания развивающейся личности и психопатологических механизмов у ребенка много сделали Л. Каннер (1935), Р. Спитц (1947), Дж. Боулби (1951) и другие, изучавшие *отношения мать – дитя*. Возникло учение о материнской депривации как

о бедной эмоциональными стимулами среде, препятствующей нормальному психическому развитию младенцев и приводящей к его задержке. Были сделаны выводы о роли ранних психических травм в происхождении нервно-психических расстройств в более старших возрастах.

7. Большое влияние на понимание детского поведения и развитие детской психопатологии оказали труды И. П. Павлова об условно-рефлекторной деятельности, Э. Торндайка и Дж. Уотсона о научении, Н. Миллера и Дж. Долларда о социальном научении, Г. Петерсона и других об интеракционном и социально-когнитивном анализе. Связанные с этими именами теории не только объясняли происхождение отклоняющегося поведения детей, но и служили основой создания *методов исследования и лечения*. Применение научного аппарата этологии (науки о поведении): территориального поведения, мотиваций, групповых структур, импринтинга – в детской психиатрии углубило понимание поведенческих расстройств.

8. Изучение клинических особенностей нервно-психических расстройств у детей привело к созданию современных систематик психических болезней у детей. Уточнение описания клинических картин и роли некоторых этиологических факторов привело к выделению *новых клинических форм* (синдромов гиперактивности, трудности обучения, дефицита внимания, детского аутизма и др.).

9. Детская психиатрия перестала быть только отдельной специальностью, работающей со своими больными, – она проникла в суть профессии детского врача, психолога, педагога. Любой из них использует знания психопатологии для повышения эффективности своей деятельности. Педиатру знания психиатрии облегчают понимание эмоционального развития и состояния детей, без которого невозможна оценка происхождения и течения многих (психосоматических) болезней. Педагог, используя психопатологический анализ, раскрывает причины расстройств поведения. Возникла так называемая *связующая психиатрия*, которая изучает нервно-психические осложнения соматических заболеваний и психологические ситуации, возникающие в процессе заболевания, а также участвует в их лечении. Выявление психотравмирующих обстоятельств у детей с соматическими болезнями привело к выделению в детском возрасте *психосоматических расстройств* (психической анорексии и булимии, привычных рвот и руминации, энуреза, бронхиальной астмы и др.), изучению механизмов их происхождения и лечения.

10. Изучение эмоциональных расстройств у детей обнаружило, что депрессии у них встречаются чаще, чем предполагалось в этом возрасте, и проявляются они атипично – в форме соматических или поведенческих эквивалентов. Описан «синдром жестокого обращения с детьми» родителей и других лиц, воспитывающих детей, при котором детей отвергают, лишают перспективы, понимающего, любящего отношения и при этом грубо обращаются, эксплуатируют, истязают, избивают, а иногда и используют в качестве сексуального объекта.

Детская психиатрия за двести лет прошла путь от отвергания специфичности душевных проявлений в норме и патологии у детей и подростков до признания их своеобразия, систематизированного описания и изучения причинных факторов, а также в значительной степени эффективного лечения, сформировавшись в последние 100 лет в самостоятельную, но тесно связанную с другими науку.

Научный интерес к детским психическим болезням в России появился в начале XIX в. Впервые были описаны душевные заболевания у детей Е. Н. Смельским, С. Ф. Хотовицким (1847) и др. Первые работы об умственно отсталых появились в России – «Очерки об истории нищенства» И. Г. Прыжова с социальным анализом их положения и «Ученики с медленным пониманием» Н. А. Добролюбова (1858), где описана психология этих детей и даны рекомендации по их обучению. Первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков в России было открыто в 1854 г. Ф. Плацом в Риге.

В России возникновение кафедры детской психиатрии (1859) связано с именами И. М. Балинского и И. П. Мержеевского, выпускниками которой они оба являлись. В этой клинике впервые в России стала изучаться патология не только взрослой, но и детской психики. Основным направлением их работы с детьми было изучение олигофрении и ее причин. На первой в Российской империи кафедре психиатрии в клинике при Санкт-Петербургской медико-хирургической (ныне – Военно-медицинской) академии, открытой в 1857 г. (1959?), были заложены основы развития детской психиатрии в нашей стране. Основатель этой кафедры И. М. Балинский начал изучение олигофрении. Его преемник И. П. Мержеевский – зачинатель исследования соматического происхождения психических расстройств. Он доказал, что психическое недоразвитие – не атавизм, а следствие болезней головного мозга (1871). Там же

С. Н. Данилло опубликовал первую в нашей стране статью о детском психозе «О детской кататонии» (1892).

Супруги И. В. и Е. Х. Маляревские создали до того несуществовавшую детскую психиатрическую службу и медицинскую педагогику. В 1882 г. они открыли врачебно-воспитательное заведение для аномальных и психически больных детей. С 1904 г. это дело продолжал их сын – М. И. Маляревский. Б. В. Томашевский (1892), сопоставляя симптоматику с анатомическими данными, установил возможность хронического течения воспалительных заболеваний головного мозга, обуславливающих слабоумие.

О судьбе умственно отсталых и психически больных детей, которые бродяжничали, лишались свободы из-за отсутствия необходимых учреждений, писали В. И. Яковенко (1897), И. А. Сикорский (1904), П. И. Ковалевский (1906). В Москве вопросами детской психиатрии впервые стали заниматься С. С. Корсаков и Г. И. Россолимо. С. С. Корсаков (1893) изучал у детей микроцефалию и состояния «преходящего слабоумия».

Педология (всестороннее изучение детей), возникшая в России в 1904 г. (Нечаев А. П., Гундобин Н. П., Вартанов В. И.), дала еще один импульс развитию детской психопатологии, однако на сегодняшний день как наука не существует.

Рождение детской психиатрии как самостоятельной науки относится к началу XX в. В. М. Бехтерев в Петербурге (1908) создал Психоневрологический институт с детским отделением при нем, где работали его ученики и последователи, внесшие большой вклад в детскую психиатрию, – Р. Я. Голант (1927), С. С. Мнухин (1929) и др. Там Н. М. Щелованов разработал объективный метод изучения физической и психической эволюции ребенка. К. И. Поварнин (1911) изучал воспитание человека с первых дней его жизни. Б. И. Воротынский и Н. Н. Тарасевич развивали детскую психологию и экспериментальную педагогику, а А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и другие – детскую психоневрологию.

За обязательное обучение психически отсталых детей и организацию школ для них боролись Е. К. Грачева (1902), О. Б. Фельцман (1912), Н. П. и М. П. Постовские (1908), Н. В. Чехов (1923). С 1906 г. в Москве стали организовываться вспомогательные классы и школы, которыми руководили упомянутые энтузиасты. Они, а также А. Н. Граборов (1915), Л. С. Выготский (1924) и другие, изучая

психическое здоровье детей, создавали фундамент возникавшей специальности. В 1907 г. В. П. Кащенко открыл школу-интернат для обучения умственно отсталых детей. Он изучал социальную среду, в которой они воспитывались, и разрабатывал способы охраны их психического здоровья. А. С. Грибоедов (1914), изучая «дефективных детей», разрабатывал принципы воспитания и обучения их в семье и школе. А. Ф. Лазурский методом естественного эксперимента исследовал индивидуальные особенности детей. К 1911 г. вспомогательные классы уже созданы во многих городах России. В 1904 г. были организованы специальные исправительные колонии для малолетних преступников, а в Петербурге в 1910 г. начал заседать первый детский суд.

М. Брезовский (1909), исследуя психозы у детей, объяснил их более редкое возникновение, чем в юношестве, «громадным запасом жизненной энергии» и малым числом вредностей.

Григорий Иванович Россолимо (1860–1928) тридцать лет, с 1900 г., работал профессором кафедры нервных болезней Московского университета, откуда уволился в 1911 г. вместе с группой преподавателей и студентов, протестовавших таким образом против нарушения Министерством народного просвещения принципов автономии университета. В этом же году Россолимо организовал Московский институт детской психологии и неврологии, в котором вместе с неврологами и детскими психиатрами работала группа психологов. Они, по сути дела, явились основателями российской дефектологии, основанной на клинической базе и принципах. В институте были разработаны оригинальные методики экспериментально-психологической диагностики детей.

Россолимо был последовательным популяризатором идей воспитания и развития аномальных детей. Он опубликовал популярные труды: «Страх и воспитание», «Дурные привычки и борьба с ними», «К вопросу о душевных катастрофах в юношеском возрасте». Он явился учредителем Московского института детской психологии и неврологии (1911), возглавил работу группы психопатологов: С. Я. Рабинович, И. М. Присман, А. Д. Суркова, Ф. Д. Загина и др. В 1910 г. разработал «психологический профиль», предназначенный для количественной оценки основных особенностей души ребенка: психического тонуса, точности и прочности восприятия и ассоциативных процессов.

В 1912 г. А. Н. Бернштейн описал такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью».

Г. Я. Трошин в книге «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормального и ненормального» (1915) показал разницу между олигофреническим и постпсихотическим слабоумием. Эти расстройства он анализировал сравнительно-возрастным методом.

Много совершил для развития дореволюционной детской психиатрии профессор В. А. Гиляровский. Он исследовал порэнцефалию при идиотии (1908), доказав ее травматическое и сосудисто-воспалительное происхождение, занимался положением «ненормальных детей в России» (1915), «лечением и призрением душевнобольных и дефективных детей» (1919), открыл клинику для психически больных детей (1922). В своем руководстве он описал олигофрению, шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и эпидемический энцефалит у детей. Он и его ученики (Винокурова А. И., Кудрявцева В. П., Русских В. Н., Симеон Т. П. и др.) своими трудами заложили основы отечественной детской психиатрии. После Октябрьской революции (1918) при Наркомате здравоохранения по инициативе профессора В. А. Гиляровского был создан отдел детской психиатрии.

В 1922 г. по решению Наркомздрава В. А. Гиляровский организовал клинику для лечения и воспитания психически больных и слабоумных детей в Москве. В. А. Гиляровский и его ученики опубликовали ряд монографий и руководств.

М. О. Гуревич (1927) опубликовал первый в нашей стране учебник по психопатологии детского возраста. В России он и его сотрудники – Н. И. Озерецкий, Е. А. Осипова, Г. Е. Сухарева – основатели детской психиатрии. В эти годы детских психиатров было еще очень мало, в связи с этим, как уже было сказано, детскую психопатологию формировали педиатры и педагоги, работавшие с аномальными детьми. Именно этим можно объяснить три направления в развитии отечественной детской психиатрии.

Одно направление было тесно связано с педологией и дефектологией. Это направление не было успешным, так как не обеспечивалось общепсихиатрической основой, развивалось без достаточной клинической базы, хотя и обогащалось экспериментально-психологическими исследованиями. Его представители рассматривали большинство отстающих детей как необратимо дефектных.

Другое, связанное с общей психиатрией, было более плодотворным в связи со скрупулезным изучением симптоматики и динамики болезней, сосредоточением не столько на дефекте поражения,

сколько на сохранившихся структурах психики, а также из-за осознания того, что у больных детей обратимые состояния встречаются чаще, чем стойкие.

Третье направление, обязанное своим происхождением педиатрии, чаще и лучше других увязывало нервно-психические расстройства детей с соматической патологией и видело обратную зависимость – соматизацию нервно-психических заболеваний в детском возрасте. Становление детской психиатрии находилось в зависимости от степени изученности соматического здоровья детей, понимания педиатрами психических расстройств при телесных заболеваниях, с одной стороны, и приближения психиатрической помощи к населению – с другой.

В 1920–40-е гг. одной из самых важных задач детской медицины была проблема соматических заболеваний и психических расстройств при них. Изучению последних при пороках сердца, ревматизме, кори, дизентерии, гриппе, туберкулезе, токсоплазмозе, сифилисе, менингоэнцефалитах, дистрофии и т.д. посвятили свои исследования Н. Н. Боднянская (1936), М. О. Гуревич (1925), С. С. Мнухин (1945), Н. И. Озерецкий (1934), Е. А. Осипова (1934), Т. П. Симсон (1924), Г. Е. Сухарева (1928) и др.

Во время Великой Отечественной войны детская психиатрия, естественно, не была одной из основных задач психиатрии. По окончании войны исследования в этой области возобновились, появились новые поколения детских психиатров. Развитие детской психопатологии этого периода связано с именами Д. И. Азбукина, Д. Н. Исаева, К. С. Лебединской, М. С. Певзнер, Г. Е. Сухаревой. Груне Ефимовне Сухаревой, кроме большого количества статей и монографий по детской психопатологии, принадлежат выдержавшие много изданий руководства: «Детская психопатология» и «Лекции по детской психопатологии».

В 1950–60-е гг. превалировали исследования у детей резидуально-органических психических расстройств, что определялось трудностями их диагностики, отсутствием эффективного лечения и в связи с этим частым возникновением инвалидизирующих нарушений. Большую роль в приоритете этих исследований сыграла невозможность в то время изучения генетических и психологических аспектов психических заболеваний. Последствиям перенесенных менингоэнцефалитов, травм головного мозга были посвящены работы М. О. Гуревича (1948), К. М. Кандаратской (1936), С. С. Мнухина

(1935), Е. А. Осиповой (1946), М. С. Певзнер (1934), Р. А. Харитонova (1961) и др.

Значительная распространенность судорожных явлений в детстве определила интерес к ним преимущественно в 1960–80-е гг. Были изучены наследственная предрасположенность, этиопатогенез и возрастные особенности клиники детской эпилепсии, получены обнадеживающие результаты при лечении. Наибольший вклад в решение этих проблем внесли Г. Б. Абрамович (1972), Г. И. Берштейн (1936), А. И. Болдырев (1990), А. Г. Земская (1971), В. К. Каубиш (1965), А. М. Коровин (1984), С. С. Мнухин (1929), К. А. Новлянская (1957), М. А. Успенская (1962), Р. А. Харитонов (1961), Г. Г. Шанько (1986).

В течение всех предшествующих десятилетий неуклонно увеличивалась распространенность состояний общего психического недоразвития – стойкого инвалидизирующего недуга. Необходимость борьбы с ним требовала его многостороннего изучения. В результате были исследованы этиология, клиника психического недоразвития в зависимости от возраста и выявлены особенности динамики дефекта, разработана проблема задержек психического недоразвития. Особенно много в этом направлении сделали Д. И. Азбукин (1936), Л. С. Выготский (1925), Л. В. Занков (1932), Е. С. Иванов (1968), Д. Н. Исаев (1965), А. Р. Лурия (1956), К. С. Лебединская (1969), В. И. Лубовский (1963), Г. С. Маринчева (1969), С. С. Мнухин (1945), М. С. Певзнер (1949), Г. Е. Сухарева и др.

Своеобразное нарушение психического развития – детский аутизм, который в нашей стране долгое время понимался как проявление детской шизофрении или психопатии. Подробное изучение этиологии, клинических форм, симптоматики, способов терапии и коррекционной педагогики детского аутизма привели к выделению его в качестве самостоятельного синдрома (Иванов Е. С., 1997; Каган В. Е., 1976; Лебединская К. С., Никольская О. С., 1991; Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н., 1967).

Колоссальное практическое (из-за широкой распространенности) и не меньшее теоретическое значение имеет изучение у детей и подростков пограничных расстройств, т.е. находящихся на грани здоровья и явных психических нарушений. Пониманию нарушений поведения, развития аномальных личностей, реакций на трудную жизненную ситуацию, происхождения неврозов способствовали достижения общей психиатрии, нейрофизиологии и возрастной подход к анализу клинических фактов. Однако было бы

правильнее (и это способствовало бы выработке более эффективного лечения), если бы наряду с изучением симптоматики больше внимания уделялось особенностям личности больных детей, ее формированию и участию в симптомообразовании. Несмотря на несоблюдение в первое время этих основных условий, отечественные детские психиатры: А. И. Захаров (1971), В. И. Гарбузов (1966), В. А. Гурьева (1968), Е. И. Кириченко (1974), В. В. Ковалев (1968), М. В. Коркина (1959), А. Е. Личко (1973), Т. П. Симеон (1934), Е. Е. Сканави (1934), Г. Е. Сухарева (1934), Г. К. Ушаков (1958) и другие – достигли значительных успехов.

В относительно недавнее время (1980–90-е гг.) на передний план выдвинулись проблема аддиктивного поведения (злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние), тесно связанная с саморазрушающим поведением, и разные формы психической зависимости (алкоголизм, токсикомания и наркомания). Наиболее заметный вклад в изучение аддиктивного поведения и зависимости от психоактивных веществ у подростков и детей внесли В. С. Битенский (1988), Н. Е. Буторина (1978), В. Я. Гиндикин (1980), В. Т. Кондрашенко (1988), А. Е. Личко (1976), И. Н. Пятницкая (1971), П. И. Сидоров (1976).

Шизофрения и аффективный (маниакально-депрессивный) психоз у детей и подростков встречаются редко и потому в психиатрической практике занимают небольшое место. Однако инвалидизация большинства больных, необычные и нередко опасные проявления детской шизофрении послужили причиной интенсивного ее изучения. Сыграло роль и желание сравнить ее с шизофренией взрослых. В результате очерчены границы детской и подростковой шизофрении, разработана классификация, описаны возрастные особенности, предложено лечение. Наибольший вклад в этом направлении сделан В. М. Башиной (1980), М. Ш. Вроно (1971), А. Е. Личко (1989), В. Н. Мамцевой (1979), Т. П. Симеон (1948), Г. Е. Сухаревой (1937). Такому серьезному изучению маниакально-депрессивного психоза мешало представление о невозможности его возникновения у детей и подростков. Однако оказалось, что этот психоз в детско-подростковой популяции встречается часто, но не распознается из-за его атипичного протекания в форме соматических или поведенческих эквивалентов. Все же попытки изучения аффективных психозов у детей и подростков были сделаны (Дмитриева И. В., 1974; Иовчук Н. М., 1986; Лapidес М. И., 1940; Ломаченков А. С., 1968;

Мнухин С. С., 1940; Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А., Волошин В. М., 1988).

Особо стоит отметить, что вместе с психиатрией расширялась и такая область знаний, как психология, однако в нашей стране она пережила большой период «застоя» с конца 1930-х по 1970-е гг. Большим прорывом можно считать тот факт, что сегодня уделяется немалое внимание способности специалистов дифференцировать психические и психологические проблемы пациента. На стыке двух дисциплин сформировалась медицинская (клиническая) психология, что является далеко не единственным примером формирования новых течений в медицинской науке.

Последние десятилетия в связи с большим сближением психиатрии с общей медициной ознаменовались повышенным интересом к психосоматическим расстройствам (болезням адаптации). Выяснилось, что происхождение этих болезней определяется не одними психотравмирующими обстоятельствами, а многими факторами, их симптоматика полиморфная, стойкая, а успех лечения возможен лишь при изучении отношения личности к болезни в содружестве педиатра и психотерапевта. На основе изучения психосоматических отношений у детей и подростков сделан радикальный вывод: в происхождении, течении и лечении практически всех заболеваний участвуют накапливающиеся отрицательные эмоции, из чего следует необходимость психосоматического подхода (выявления этих факторов) при любой патологии. В разработке этого нового направления участвовали Д. Н. Исаев (1976), М. В. Коркина и соавт. (1963), В. И. Крылов (1992), Б. Е. Микиртумов (1985), А. А. Северный (1984) и др.

На настоящий момент значительное достижение детской психиатрии – интерес к затронутой проблеме, возобновившийся после Т. П. Симеон, изучавшей нервно-психические расстройства раннего возраста (1924). Это направление позволяет изучать ребенка как часть диады совместно с матерью, тем самым лучше понимать факторы, влияющие на формирование психики, и воздействовать на семью при наличии отклонений, что сулит большие возможности для психопрофилактики и лечения. К числу наиболее интересных работ в этом направлении относятся исследования Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой (1981), Е. И. Кириченко (1982), И. А. Козловой (1967), Г. В. Козловской (1995), Н. В. Римашевской (1989).

Сегодня психопатология детского и подросткового возраста является устоявшимся, широко разветвленным направлением российской психиатрии. Разработаны классификации детских психических расстройств, различные аспекты современных клинических проявлений, течения психических расстройств у детей, методики их лечения; имеются многочисленные учебники, руководства и справочная литература. Изучение данного рода заболеваний, обучение врачей-психиатров и практическая помощь детям и взрослым, страдающим психическими расстройствами, проводятся многочисленными крупными медицинскими центрами. В Москве это НИИ клинической психиатрии РАМН, Московский НИИ психиатрии МЗ, Научный центр социальной и судебной медицины им. В. П. Сербского, Научный центр психического здоровья РАМН. В Санкт-Петербурге – НИИ неврологии и психиатрии им. В. П. Бехтерева, психиатрические клиники Военно-медицинской академии, НИИ нейрохирургии им. профессора А. Л. Поленова.

Приведенный обзор показывает, что еще в начале века не было отечественной детской психиатрии. За сто лет, опираясь на достижения многих дисциплин и в первую очередь на общую психиатрию, педиатрию, педологию детскую психологию и т.д., она прошла путь от собирания фактов до формирования собственных представлений и обобщающих теорий. Сегодня, будучи самостоятельной наукой, детская психиатрия вносит большой вклад в создание служб психического здоровья, предупреждение психических заболеваний и их лечение, продолжая в то же время проникать в суть психических расстройств и отклонений в развитии.

Аутизм (от греч. Autos – сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким (швейцарским?) психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. (1908?) для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий.

Несмотря на то, что этот термин употребляется во всем мире и по сей день, следует отметить, что до сих пор не существует однозначного представления о том, что же такое аутизм и каковы его основные характеристики, однако современное понимание аутизма существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм

рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли, дающее человеку возможность избежать непосильных для него требований окружающей среды. Подход к определению аутизма в отечественной психиатрии также характеризуется некоторой неоднозначностью: так, например, В. П. Осипов определял аутизм как «разобщенность больных с внешним миром» (1923), а В. А. Гиляровский рассматривал его как своеобразное нарушение сознания самого «Я» и всей личности, нарушение адекватных установок к окружающему миру, подчеркивая, что больные аутизмом замкнуты и отчуждены от всего остального мира (1928).

На протяжении столетия термин «аутизм» использовался в психиатрии достаточно широко, выступая в качестве обозначения отсутствия у человека потребности в совместной деятельности, замкнутого образа жизни, болезненного погружения в свои мысли, нарушения самосознания и, кроме этого, своеобразного способа психологической защиты. Действительно, проблема аутизма тесно связана с проблемой общения – базовой категорией психологической науки, изучение которой достаточно широко представлено в психологии (Ломов, 1984). Опираясь на общепсихологические принципы категории общения, В. Е. Каган предложил определение аутизма, довольно точно отражающее его сущность (1981): «аутизм – это психопатологический синдром, который характеризуется недостаточностью общения, формируется на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение». Под предпосылками общения понимаются:

- возможность адекватного восприятия и интерпретации информации;
- достаточность и адекватность выразительных средств общения;
- взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение;
- возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения.

Таким образом, аутизм рассматривается как отклонение в психическом развитии личности, главными проявлениями которого являются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми.

Аутизм, возникший у ребенка в раннем возрасте, называется *ранним детским аутизмом* (РДА). Это особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоциональных отношений ребенка с окружающим миром. Основной признак РДА – это неконтактность ребенка, которая может обнаруживаться уже на первом году жизни, но особенно четко проявляется в возрасте двух-трех лет.

В настоящее время существует много теоретических подходов к пониманию раннего детского аутизма. Для того чтобы лучше познакомиться с ними, необходимо обратиться к *истории изучения проблемы* раннего детского аутизма в зарубежной и отечественной психиатрии и психологии.

Профессор, доктор медицинских наук, психиатр В. М. Башина выделяет четыре основных этапа в становлении изучения данной проблемы.

Первый, донозологический, период (конец XIX – начало XX в.) характеризуется несколькими упоминаниями о детях с выраженным стремлением к одиночеству и уходом от взаимодействия с окружающим миром. В медицинской литературе того времени можно встретить отдельные описания аутистического поведения детей в связи с врожденными церебральными расстройствами, умственной отсталостью.

Наталья Чаллис и Гораций В. Дьюи в Ежегоднике по истории Восточной Европы писали, что многие из юродивых Древней Руси были отмечены элементами аутистического поведения: они были невербальные, равнодушные к общественным условностям, вероятно, и нечувствительные к боли; у некоторых была эпилепсия (считается, что около 30 % людей с аутизмом страдают от эпилепсии). Также беспрецедентным стало их заявление, что оборотни, которые появляются в сказках, возможно, и есть аутичные дети. Об этом же пишет Ута Фрит – ведущий специалист по психологии развития, член Академии медицинских наук (Великобритания).

В своей книге «Введение в психологическую теорию аутизма» также британский психолог, член Британской академии Франческа Аппе описала первые упоминания об аутизме в виде двух историй.

Одна из историй пришла из Индии. «Однажды шейх по имени Чилли страстно влюбился в одну девушку и спросил совета у своей матери: “Как сделать, чтобы и она меня полюбила?”. Его мать

сказала: “Лучше всего сесть у ручья и, когда она придет за водой, просто бросить в нее камешек и улыбнуться”. Шейх воспринял ее слова буквально, и, когда пришла девушка, он бросил в нее булыжник и пробил ей голову. Собрались люди и хотели убить его, но когда узнали, в чем дело, решили, что он самый большой дурак на свете» (1998).

Вторая история с Мальты. «В одной деревне жил юноша по имени Гахан. Было воскресенье, и мать Гахана решила с утра сходить в церковь. Гахану не хотелось вставать в такую рань, и он сказал, что останется спать. Когда мать была уже готова идти, она зашла в комнату к Гахану. Она сказала: “Я сейчас уйду в церковь. Когда встанешь, если захочешь пойти в церковь, закрой за собой дверь и потяни ее как следует”. “Не беспокойся, мам, – ответил он. – Я не забуду”. После того, как Гахан встал, умылся, оделся и уже собирался выходить из дома, он вспомнил, что ему говорила мать. Он открыл дверь, закрыл ее и потянул за ручку, да так, что выдернул дверь. Представьте себе, как хохотали люди, когда видели, что Гахан идет по улице, таща за собой дверь. Когда он пришел к церкви, то так, с дверью, и зашел внутрь. Все, кто был в церкви, обернулись, чтобы посмотреть, что там за грохот, и увидели, что Гахан волочит за собой дверь. Им, конечно, казалось, что это очень весело, но бедной матери Гахана было не до смеха. “Что же ты, в самом деле, вытворяешь?” – воскликнула она. “Все в порядке, мам, – ответил Гахан, – ты просила меня потянуть за собой дверь, когда я буду уходить, разве нет?”»

Эти истории убеждают нас в том, что странное поведение и наивность аутистов были известны очень давно и во многих культурах. Заметим, что подобные герои сказок – почти всегда мужчины.

В 1724 г. под немецким городом Хамельн был замечен оголенный бегущий по полям мальчик, который позже стал известен как «одичавший ребенок Питер». Английский историк Люси Уорсли, которая занимается исследованием удивительной жизни Питера, предполагает, что он был болен аутизмом.

Особый интерес представляют работы французского исследователя, доктора Э. М. Итара (E. M. Itard), который описал историю дикого мальчика Виктора, пойманного в лесах Аверона в возрасте 11–12 лет и до этого *не* общавшегося с людьми. С помощью специальных методов обучения Виктору существенным образом удалось развить свое социальное поведение. В 1828 г. Итар опубликовал

работу «Мутизм, вызванный поражением интеллектуальных функций», в которой обобщил результаты своих 28-летних исследований в институте Сур-Муэ (Париж). Ученый описал свои попытки реабилитации Виктора. Он провел тщательное изучение уровня внимания, памяти и имитационных способностей подобных детей и пришел к выводу, что дети с интеллектуальным мутизмом асоциальны, испытывают огромные сложности в установлении дружеских отношений со сверстниками, используют взрослых лишь как орудия для удовлетворения своих потребностей, проявляют значительные нарушения в развитии речи и языка (особенно в употреблении личных местоимений).

Примерно в это же время Уильям Гаушип Дикинсон, врач лондонской Больницы Святого Георгия, и английский психиатр Генри Модсли в своих трудах описывали симптомы заболевания у детей, которые характерны для аутизма. В 1887 г. Джон Лэнгдон Даун, известный британский врач-генетик, ввел разграничение между ранним и поздним началом расстройства, а также описывал присущие им значительные способности, назвав их «слабоумными учеными». Доктор Дарольд Трефферт, ведущий мировой эксперт по синдрому саванта, полагает, что Джон Даун говорил о «регрессивном аутизме». В 1896 г. русский психиатр Станислав Никодимович Данилло сообщил о факте кататонии у мальчика 14 лет, а ведь, по данным двух современных исследований, кататонические симптомы наблюдаются у 12–17 % молодых людей с аутизмом.

Однако впервые определение аутизму дал уже известный нам швейцарский психиатр Э. Блейлер. Он выдвинул гипотезу схизиса, расщепления психики, и на клиническом уровне «расщепление» проявлялось аутизмом, одним из важнейших симптомов шизофрении, обозначающих «активный уход из внешнего мира и преобладание внутренней жизни». В знаменитом труде «Раннее слабоумие или групповая шизофрения» (1911) Блейлер дал следующее определение аутизму: «Одним из важнейших симптомов некоторых психических заболеваний является преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира. Более тяжелые случаи полностью сводятся к грезам, в которых как бы проходит вся жизнь больных; в более легких случаях мы находим те же самые явления в меньшей степени. Этот симптом я назвал аутизмом». Иными словами, ученый рассматривал аутизм как доминирование аффективного над рациональным. При этом интересно, что по вопросу о первичности аутизма как стадии развития он занимал

весьма противоречивую позицию. С одной стороны, он критиковал З. Фрейда за концепцию изначальности аутизма, с другой стороны, разбирая вопрос о генетических корнях логики и аутизма, Е. Блейлер пишет: «...логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам».

Напомним, что представление об аутизме как первичной фазе детского развития З. Фрейд наиболее полно предоставил в психоанализе. Процесс развития ребенка, как известно, оценивался им (1913) в виде последовательной смены объектов удовлетворения сексуального инстинкта. Младенец, по Фрейду, аутичен, так как переживание удовольствия не связано с реакциями на внешний мир. Аутическое удовлетворение желаний прерывается в период от 1 до 1,5 года, когда инстинкты-табу вступают в конфликт с уже изолированным либидо.

Второй, так называемый доканнеровский, период приходится на 1920–1940-е гг. На протяжении этих лет предпринимались первые попытки системного подхода к изучению проявлений аутизма в детском возрасте, изначально во многом опираясь на взгляды Блейлера и его современников.

«Фрейдовской» точки зрения придерживался в своих ранних работах швейцарский психолог и философ Ж. Пиаже (1923–1924). Для Пиаже было важно показать, как изначально аутистическая детская мысль деформируется под влиянием логических законов, когда необходимость адаптации к среде заставляет ребенка сменить принцип удовольствия на принцип реальности. Невозможность стать на позицию другого, незаинтересованность в понимании другими – все эти особенности эгоцентризма (по Пиаже), по существу, сходны с описанными Э. Блейлером признаками аутистического мышления.

Французский психиатр, основоположник феноменологической психиатрии Е. Минковский (1927) различал аутизм «богатый», при котором сохраняется известное богатство психических процессов, и «бедный», характеризующийся аффективной опустошенностью. Применительно к шизофрении аутизм рассматривается им не как «минус», а как иная жизнь. Немецкий психиатр и психолог, доктор медицинских наук, профессор Тюбингенского университета Э. Кречмер рассматривал аутизм как динамику шизоидного темперамента. Таким образом, Минковский и Кречмер в своих трудах

говорили о многообразии проявления аутизма и их взгляды отличались от первоначального определения аутизма, данного Блейлером.

В детской психиатрии понятие аутизма как симптома или синдрома стало впервые использоваться со времени выделения ранней детской шизофрении. Впервые Т. П. Симсон проследила за формированием шизоидной психопатии у детей 3–5 лет, подчеркнув, что им свойственны аутизм и малая привязанность к объектам реального мира. J. Lutz (1938) назвал аутизм у детей «пустым», что сближало его с так называемым «бедным» аутизмом, по Минковскому (1927). Как видим, на том этапе перед клиницистами стояла проблема доказательства возможности формирования аутизма у незрелой личности ребенка. Уход от реальности, погружение, хотя и в бедный, но собственный мир, нередко ограниченный только однообразной деятельностью, послужил основанием отнести этот вид расстройств у детей к аутизму, по Е. Bleuler. В этот период в разных странах появились описания больных детей, психопатическая картина которых уже терминологически обозначалась как аутистическая: Н. И. Озерецкий (1924), Н. Potter (1924), П. Е. Сухарева (1932), Е. С. Гребельская (1934), С. Галацкая (1935), L. Bender (1941), С. Bredley (1942); впоследствии, в третьем периоде развития учения об аутизме, Л. Каннер (1943), Г. Аспергер (1944), С. С. Мнухин (1947) и ряд других ученых продолжили эту тенденцию. В. П. Осипов (1931) охарактеризовал аутизм как «разобщенность больных с внешним миром», а В. А. Гиляровский (1938) в своих трудах писал об аутизме как о «своеобразном нарушении сознания своего “Я”».

При этом в отеческой психиатрии в разные годы были описаны аутистические состояния у детей в клинике детской шизофрении, психозов, нарушений, имеющих в своей основе органические поражения или недоразвитие центральной нервной системы (Гуревич, Сухарева, Симсон, Озерецкий, Осипова, Башина, Немировская, Лебединская, Лукашова, Мнухин, Исаев, Каган, Зеленецкая и др.) и психический дизонтогенез (Юрьева О. П., Никольская О. С.). Авторы исследовали этиологию и патогенетические факторы, проводили классификацию аутистических состояний у детей – в основном при ранней детской шизофрении. Кроме клинических исследований, в тот период осуществлялись клинико-психологические и психологические исследования когнитивных процессов у детей, страдающих шизофренией (Бобкова, 1936; Выготский, 1932, 1934; Соловьева, 1936, и др.).

Третий, каннеровский, период – с 1943 по 1979 г. – ознаменовался выходом в свет основополагающих работ по аутизму, первыми научными обоснованиями и выделением аутизма в отдельный вид дизонтогенеза. Именно в этот период специалисты мирового уровня Лео Каннер и Ганс Аспергер сыграли основополагающую роль в изучении и понимании данной проблемы. В последующем в свет вышло множество работ значительного числа специалистов, но Каннера и Аспергера до сих пор считают выдающимися учеными в области изучения аутизма. На описании их взглядов, совпадений и различий в них остановимся подробно.

Лео Каннер в 1943 г. опубликовал статью «Аутистические нарушения аффективного [эмоционального] контакта», где подробно изложил результаты своего исследования и описал аутизм как синдром. В статье были описаны характеристики 11 детей, которых он наблюдал с 1938 по 1943 г. Все эти дети проявляли общие черты, основными из которых были чрезмерная изоляция, замкнутость, отгороженность от окружающего мира, уход от каких-либо контактов с людьми, нарушения речевого развития и потребность в многократном повторении одних и тех же действий и однообразии, причем начало проявления этих особенностей отмечалось уже на первом году жизни ребенка. Эти дети не воспринимали других людей, избегали зрительного контакта, не проявляли внимания к социальной стороне жизни, частично или полностью не могли овладеть коммуникативной речью, постоянно повторяли одни и те же стереотипные движения или слова. Характерными для них были также персеверации, любимые ритуалы, нарушать которые мог только сам ребенок. Каннер назвал эти расстройства ранним инфантильным аутизмом («early infantile autism»). В качестве основной черты аутизма он выделил «проявление с самого начала жизни неспособности детей соотносить себя обычным образом с людьми и ситуациями» (Kanner, 1943, p. 242). Каннер отмечал, что для этих детей характерно крайнее аутистическое одиночество, заставляющее их замыкаться в себе, игнорировать внешний мир и отвергать все, что происходит вокруг них. Учитывая то, что такие состояния наблюдаются у детей в раннем возрасте, Каннер пришел к выводу, что причиной аутизма является врожденная неспособность к установлению близких отношений с другими людьми. Отдельное внимание автор уделил описанию родителей детей-аутистов. Он охарактеризовал их как педантичных интеллектуалов, холодных и отстраненных в отношениях с другими людьми. Несмотря на то, что

Каннер рассматривал аутизм, прежде всего, как врожденное психическое расстройство, он отмечал, что оно является во многом защитной реакцией ребенка на холодную, интеллектуальную «враждебность» родителей, проявляющуюся в неправильном воспитании, в отчуждении ребенка «холодной» матерью. Следовательно, аутистические проявления у ребенка автор рассматривал и как своеобразную форму психологической защиты (Kanner, 1943).

Хочется привести его описание поведения пятилетнего Дональда, данное им в книге через пять лет после наблюдения за мальчиком: «Он бродил, улыбаясь, производя стереотипные движения пальцами, скрещая их в воздухе. Он мотал головой из стороны в сторону, шепча или напевая один и тот же мотив из трех нот. Он с огромным удовольствием вертел все, что попадалось ему под руку... Когда его приводили в комнату, он полностью игнорировал людей и быстро направлялся к предметам, особенно к тем, которые можно было покрутить... Он яростно отталкивал руку, если она попадалась на его пути, или ногу, наступившую на его кубики...».

В первой работе Каннера перечисляется ряд признаков, характерных для всех детей-аутистов:

«Крайнее аутистическое одиночество» – дети не могли нормально налаживать отношения с другими людьми и выглядели совершенно счастливыми, когда оставались одни. Такое отсутствие реакции на других людей, добавляет Каннер, появляется очень рано, о чем свидетельствует то, что аутисты не тянутся к взрослому, когда их хотят взять на руки, и не принимают удобную позу, когда их держат родители.

«Непреодолимое навязчивое стремление к постоянству» – дети очень расстраивались, когда происходили изменения в обычном течении событий или обстановке. Другая дорога в школу, перестановка мебели вызывали вспышку ярости, так что ребенок не мог успокоиться до тех пор, пока привычный порядок не восстанавливался.

«Прекрасная механическая память» – дети, которых видел Каннер, были способны запомнить огромное количество совершенно бесполезной информации (например, номера страниц в предметном указателе энциклопедии), что совершенно не соответствовало бросающемуся в глаза резкому снижению интеллекта, проявлявшемуся во всех остальных сферах.

«Отсроченные эхолалии» – дети повторяли фразы, которые слышали, но не использовали (или с большим трудом использовали) речь для коммуникации. Эхолалиями, возможно, объясняется отмечаемое Каннером неправильное употребление местоимений – дети использовали «ты», когда говорили о себе, и «я» – когда говорили о ком-то другом. Такое употребление местоимений может быть результатом дословного повторения реплик других. Аналогичным образом аутисты задают вопрос, когда хотят что-нибудь попросить (например, «Ты хочешь конфету?» означает «Я хочу конфету»).

«Гиперчувствительность к сенсорным воздействиям» – Каннер заметил, что дети, которых он наблюдал, очень бурно реагировали на определенные звуки и явления, такие как рев пылесоса, шум лифта и даже дуновение ветра. Кроме того, у некоторых были трудности с приемом пищи либо необычные пристрастия в еде.

«Ограниченность репертуара спонтанной активности» – у детей наблюдались стереотипные движения, реплики и интересы. В то же время, по наблюдениям Каннера, в своих стереотипных действиях (например, вращая предметы или совершая какие-либо необычные телодвижения) эти дети порой проявляли удивительную ловкость, указывающую на высокий уровень управления своим телом.

«Хорошие когнитивные задатки» – Каннер был убежден, что необычная память и моторная ловкость, отличающие некоторых детей, свидетельствуют о высоком интеллекте, несмотря на то, что у многих из этих детей были отмечены выраженные трудности обучения. Такое представление об интеллекте – аутичный ребенок *может*, но только если он *хочет* – часто разделяется родителями и педагогами. Особенно привлекает хорошая память, наводя на мысль, что если бы только ей найти практическое применение, дети могли бы хорошо учиться. Мысли о хорошем интеллекте также связаны с отсутствием в большинстве случаев аутизма каких-либо физических недостатков. В отличие от детей с другими серьезными психическими нарушениями (например, с синдромом Дауна), дети с аутизмом выглядят обычно «нормальными». У своих пациентов Каннер отмечал «умное выражение лица», да и другие авторы описывали детей с аутизмом как обаятельных и вызывающих симпатию.

«Высокообразованные семьи» – Каннер отмечал, что у его пациентов были высокоинтеллектуальные родители. Однако это могло

быть вызвано особенностями каннеровской выборки. Родителей он описывает как эмоционально сдержанных, хотя в своей первой работе он был очень далек от теории психического происхождения аутизма. Напротив, он пишет: «Эти дети приходят в мир с врожденной неспособностью устанавливать обычные, биологически обусловленные эмоциональные отношения с людьми».

В более поздней работе (Kanner и Eisenberg, 1956) из всех этих признаков в качестве ключевых составляющих аутизма Каннер выделил только два: «Крайнее отчуждение и навязчивое стремление к сохранению однообразности обстановки». Другие симптомы он рассматривал либо как вторичные по отношению к этим двум и ими обуславливаемые (например, ослабление коммуникации), либо как неспецифичные для аутизма (например, стереотипии).

Итак, Каннер был первым, кто настаивал на том, что дети, о которых он писал, представляют собой уникальную подгруппу большой группы детей, которым в прошлом ставили диагноз «детская шизофрения». Через 13 лет после выхода этой работы, в 1956 г., Л. Каннер совместно с Л. Эйзенбергом пересмотрел предложенный им критерий диагностики аутизма и опубликовал статью «Ранний детский аутизм: 1943–1955», в которой они сократили диагностические критерии.

Независимо от Л. Каннера, австрийский педиатр и психиатр Г. Аспергер в 1944 г. опубликовал диссертацию «Аутичные психопаты в детском возрасте», где описал состояние, названное им аутистической психопатией. Для этого им было изучено состояние аномального поведения группы подростков, проявляющееся в нарушении социального общения и коммуникации.

Как и Каннер, Аспергер выделял аутизм из группы умственно отсталых и людей с серьезными нарушениями нервной системы и применял его по отношению к детям с ненарушенным интеллектом, однако Аспергер не отмечал явных аномалий в развитии речи и понимании языка, описанных коллегой. Аутизм определялся Каннером как «нарушение аффективного контакта», тогда как Аспергер описал детей, которые, хотя и характеризовались отсутствием аффективного контакта, но могли нормально пользоваться неэмоциональной речью. Автор отмечал, в противовес словам Каннера, который даже заподозрил у детей глухоту (не подтвердилась), необычайно раннее речевое развитие у детей, когда речь появляется прежде, чем ребенок начинает ходить. У этих детей наблюдались

своеобразное использование языка, необычные интонации, словотворчество.

Аспергер полагал, что его пациенты достигали самых хороших результатов в своей деятельности, «когда ребенок мог проявлять спонтанность», и был убежден, что у них есть склонность к абстрактному мышлению. Каннер же, напротив, считал, что дети с аутизмом были наиболее успешны, когда механически заучивали схему действий.

Описание Аспергера также расходится с каннеровским и по вопросу моторных способностей и координации. Каннер говорит о неуклюжести только у одного ребенка и отмечает, что четверо детей были очень ловкими. В заключение он пишет: «У нескольких детей была неуклюжая походка, и они неловко двигались, но все они были очень способны в плане тонкой моторики», что отражали их успехи при выполнении заданий с доской Сегена (ловкость здесь играет определенную роль) и то, как они могли манипулировать предметами. Аспергер, напротив, характеризует всех четверых своих пациентов как неуклюжих, описывая их трудности не только в спорте (общая скоординированность движений), но также и в плане тонкой моторики, например при письме. Им присущи моторная неловкость, дисгармоничные, угловатые движения.

Здесь мы встречаемся с еще одним общим расхождением позиций Аспергера и Каннера. Каннер считал, что у аутичных детей избирательно нарушается понимание социальных сторон жизни, они лучше взаимодействуют с предметами, чем с людьми: наряду с тем, что у всех детей было «великолепное осмысленное и “вдумчивое” взаимодействие с предметами», их «взаимодействие с людьми было совсем другим». Аспергер же полагал, что у его пациентов нарушения были в обеих сферах: «существеннейшее отклонение при аутизме – нарушение активного взаимодействия со средой в целом».

Между тем в прогностическом плане синдром Аспергера, названный в честь описавшего его исследователя, рассматривается как более благополучный: у детей и подростков с синдромом Аспергера, хотя и имеются нарушения коммуникативной речи, но они не выражены так сильно, как у детей с синдромом Каннера. Кроме того, у них не наблюдается грубых интеллектуальных нарушений, а значит, они более способны к обучению, чем описанные Каннером. Вследствие этого в психиатрии синдром Аспергера рассматривают как своеобразное личностное расстройство.

Не будем забывать, что в концепциях Каннера и Аспергера было и немало схожего. Как Каннер, так и Аспергер считали, что при аутизме социальный дефект является генетическим, врожденным (по Каннеру) или конституциональным (по Аспергеру) и сохраняется на протяжении всей жизни. Кроме того, и Каннер, и Аспергер отмечали трудности со зрительным контактом, стереотипные слова и движения, а также сопротивление изменениям. Также у детей, описанных Каннером, и у детей, наблюдавшихся Аспергером, отмечались неспособность создавать полноценный зрительный контакт, бедность мимики и жестов. В играх и увлечениях для них характерны тенденции к стереотипии и привычным действиям. Оба автора сообщают о часто встречающихся отдельных специфических интересах, нередко затрагивающих какие-то необычные или очень специальные темы или предметы. По-видимому, оба автора были поражены внешней привлекательностью тех детей, которых они видели. Каннер и Аспергер выделили три основных признака, по которым описанное ими нарушение отличается от шизофрении: положительная динамика, отсутствие галлюцинаций, а также то, что эти дети, по-видимому, были больны с первых лет жизни, т.е. снижение способностей не наступало после периода нормального функционирования. Наконец, и Каннер, и Аспергер считали, что сходные черты были и у многих родителей таких детей – избегание социальной жизни или неприспособленность к ней, навязчивое стремление к привычному ходу вещей, а также наличие необычных интересов, исключаяющих все другое.

Невозможно обойти вниманием исторические сведения о том, что почти за 20 лет до введения Каннером в английский язык термина «ранний детский аутизм» в 1925 г. (доканнеровский период) симптомы этого заболевания впервые описала в научной литературе основоположница детской психиатрии в СССР Г. Е. Сухарева, при том что в источниках на тему аутизма ее имя упоминается значительно реже, чем имена Л. Каннера и Г. Аспергера.

Согласно другим данным, в России первое описание аутизма в детском возрасте было представлено в 1947 г. С. С. Мнухиным, который выдвинул концепцию органического, т.е. обусловленного органическим поражением центральной нервной системы, происхождения РДА.

К 1950-м гг. XX столетия сильно возрос интерес к аутизму среди специалистов-психиатров США. Многие врачи, особенно те,

кто работал в рамках психоаналитической теории, пытались объяснить возникновение аутизма у ребенка с ненарушенным интеллектом, произошедшими с ним психотравмирующими событиями, особенно отсутствием теплых, доверительных, доброжелательных отношений к ребенку со стороны родителей. В то время в публикациях появились термины «замороженная мать», «холодные интеллектуальные родители» и т.п. В 1959 г. американский психолог и психиатр австрийско-еврейского происхождения Б. Беттельхейм пишет статью «Джо – механический мальчик», где он описал ребенка-аутиста, который был очень замкнут, но интеллектуально сохранен и даже одарен. В этом исследовании в качестве основной причины развития болезни было выделено именно холодное отношение родителей к ребенку. Эту «теорию холодной матери» он описал и в своей книге «Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я», даже назвав единственным возможным выходом из аутизма полное отделение ребенка от фрустрирующей семьи. Теория Беттельхейма, которая обвиняла родителей в возникновении аутизма у детей, была популярной на Западе до середины 1970-х гг., пока новые медицинские исследования в этой области не подтвердили первоначальную биологическую природу аутизма, о которой говорил Каннер.

В 1960-е гг. отмечается большое изменение в понимании аутизма: его этиологии, диагностики и лечения. Как отмечает В. Е. Каган, сложился своеобразный «аутистический бум»: аутизму посвящались монографии, специальные выпуски периодической литературы, многие проблемы рассматривались «через призму раннего детского аутизма» (Каган, 1981). В эти годы психоаналитики подвергли сомнению эффективность психотерапии как основного «лечения» аутизма, а затем С. Б. Ферстер в 1961 г. в своей работе «Позитивное поощрение и неадекватность поведения аутичных детей» предположил, что многие аномалии в поведении и речи аутичных детей могут быть уменьшены и сглажены путем систематических занятий по программе модификации поведения. С. Ферстер отметил интересное наблюдение: любое странное поведение аутичных детей может быть формой коммуникации и таких людей можно научить общаться более адекватно. Работа Ферстера послужила толчком к исследованию подхода модификации поведения аутичных детей и применению его на практике.

Здесь необходимо также сказать, что громкий вызов господствующим ранее представлениям медицинского сообщества

о причинах развития аутизма бросил в свое время американский психолог-исследователь Бернард Римленд (Римланд?), чьему сыну в возрасте двух лет (1958) был поставлен данный диагноз, повлекший за собой обвинение общественностью супруги Римленда в эмоциональной депривации ребенка. По его мнению, основой формирования клинической картины аутизма является сочетание генетических, средовых и неврологических факторов. В 1964 г. он опубликовал книгу «Детский аутизм: Синдром и его значение для теории нервного поведения». Эта книга оказалась поворотным пунктом в изменении взглядов на проблему аутизма. В ней автор проанализировал мировую литературу по аутизму и сходным нарушениям, а также обосновал взгляд на аутизм как органическое нарушение мозга. Необходимо отметить, что в это же время ученые-исследователи Эрик Шоплер и Роберт Рейхлер основали первое государственное отделение, занимающееся коррекцией и обучением детей с аутизмом и близкими к нему нарушениями коммуникации. Основываясь на своих наблюдениях и опыте работы, Э. Шоплер и Р. Рейхлер подтверждали предположение, что причиной аутизма является неизвестная пока органическая аномалия мозга, а не плохое обращение родителей с детьми. Эти выводы о признании патологии мозга указали на необходимость создания специфических благоприятных условий, которые будут способствовать развитию познавательных способностей у людей с аутизмом.

После этого по всему миру начинают проводиться исследования в области аутизма, создаются общества помощи людям с аутизмом. В 1977 г. С. Фолштейн и М. Раттер провели первое систематическое исследование для подтверждения генетических факторов аутизма. Американские ученые С. Чесс, С. Корн и Ф. Фернандез изучали в те годы специфические инфекции как одну из причин аутизма. В 1979 г. Е. Дейкин и Б. МакМахон также изучали возбудителей инфекционных заболеваний в организме матери в период беременности, которые могли бы рассматриваться как причина возникновения аутизма у ребенка. Однако работы этих ученых не подтвердили инфекционную гипотезу развития аутизма. В 1987 г. был опубликован обзор нейробиологических, генетических и фармакологических исследований проблем аутизма. Установлено, что в отличие от многих других расстройств работы мозга аутизм не имеет четкого единого механизма ни на молекулярном, ни на клеточном, ни на системных уровнях. До сих пор у ученых нет точного

и единого понимания, что стоит за понятием аутизм – это несколько расстройств, обусловленных мутацией генов, либо это большая группа расстройств, вызванная различными механизмами.

В конце 1960-х – начале 1970-х гг. появились работы отечественных авторов, в которых была представлена аргументированная критика расширительной диагностики раннего детского аутизма в западной психиатрии. Среди этих работ особое место занимают исследования Ленинградской школы детских психиатров под руководством профессора С. С. Мнухина, который вместе с соратниками начал обращаться к проблеме детского аутизма примерно в одно время с Каннером и Аспергером. Ими были обследованы десятки детей, в ходе исследования учеными были выявлены те же симптомы, которые были описаны в литературных источниках. Именно на основании этих наблюдений ранний детский аутизм был включен в рамки детской шизофрении, и очень долгое время в нашей стране эта точка зрения считалась правомерной. Отечественные психиатры рассматривали синдром детского аутизма как предманифестное состояние, на фоне которого впоследствии могут развиваться продуктивные симптомы.

В статье под названием «О синдроме “раннего детского аутизма”, или синдроме Каннера у детей», опубликованной в 1967 г. в Журнале невропатологии и психиатрии, С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая и Д. Н. Исаев на основе пятилетних наблюдений за 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет показали отличительные признаки детей с синдромом Каннера:

- ослабление либо полное отсутствие каких-либо контактов с окружающей средой;
- отсутствие ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности;
- неспособность к самостоятельному психическому напряжению;
- своеобразное развитие речи, которое проявляется в отсутствии ее прямого социального назначения, информативной роли и в наличии эхолалий и персевераций; это была *хорошо развитая речь с достаточно богатым словарным запасом, но абсолютно непригодная для коммуникации*;
- своеобразие движений, когда «отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании».

Кроме того, они часто разговаривали сами с собой, производили впечатление отрешенных, погруженных в свой внутренний мир, были нередки случаи неадекватных эмоциональных реакций (немотивированные улыбки и смех).

Таким образом, авторы выделили основные симптомокомплексы раннего детского аутизма. Это снижение психического, или «витального», тонуса; ослабление или отсутствие способности к психическому напряжению и целенаправленной активности.

Одним из самых существенных симптомов авторы, вопреки мнению Каннера, посчитали «изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловно-рефлекторных реакций – ориентировочных, пищевых, самозащиты и др.». Отсутствие этих реакций делает поведение детей «...аморфным, хаотичным, дезорганизованным, а их самих – практически беззащитными и беспомощными» (там же). По мнению авторов, объяснить аутизм ребенка только патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрицательными воспитательными влияниями, распадом семьи и т.п. невозможно. В своей работе, представляющей результаты одного из первых отечественных клинических исследований раннего детского аутизма, С. С. Мнухин с соавторами поставили под сомнение использование только метода психотерапии в коррекции аутистических тенденций у детей, а подчеркнули необходимость комплексного подхода к данной проблеме.

Исследователи обратили внимание на особенности интеллектуального развития детей с РДА. «Мы полагаем, – пишут они, – что “детский аутизм” представляет собой своеобразную разновидность психического недоразвития, при которой на передний план выступают аффективно-волевые нарушения, шизоформный характер поведения, обусловленный преимущественным недоразвитием активирующих, “энергозаряжающих” систем ствола мозга. Это вовсе не означает, что в интеллектуальном отношении дети эти вполне нормальны. Наоборот, среди наших больных не было ни одного интеллектуально полноценного, но, во-первых, структура интеллектуального дефекта у них качественно иная, чем в других случаях “истинной” олигофрении, во-вторых, интеллектуальная недостаточность у них “перекрывается” обычно грубыми нарушениями личности и поведения. У большинства этих больных выявляются конкретное, “регистрирующее” мышление, длительная неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, временными

и пространственными представлениями, операциями, состоящими из ряда последовательных актов (перечисление дней и месяцев в прямом и обратном порядке и др.), длительная дезориентировка в сторонах тела. Все эти нарушения нередко маскируются хорошей памятью, способностью “попугайно” воспроизводить сложные отрывки из речи окружающих, хорошей речью, часто отличным музыкальным слухом, склонностью к фантазированию» (Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967, с. 1501).

Исследования московских психиатров М. Ш. Вроно и его сотрудников привели к выводу о неоднородности синдрома Каннера и преимущественном отношении его к шизофрении. Авторами было обследовано 300 больных с детской шизофренией, из них 32 – с синдромом Каннера. Однако при динамическом обследовании только у 9 наблюдался «истинный синдром Каннера», а в ходе катamnестического наблюдения количество этих больных сократилось до 8 человек. В связи с этим авторы подчеркивали необходимость дифференциальной диагностики аутизма от аутистических состояний, возникающих у ребенка после приступа шизофрении (Вроно, Башина, 1975). Авторам впервые удалось описать важнейшую особенность аутизма Каннера, а именно особый асинхронный тип задержки развития. Признаки неравномерности развития у детей выявлялись в нарушении психического, речевого, моторного, эмоционального развития; нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными (Башина В. М., 1974, 1979, 1989). В те же годы выявилась вариативность аутизма от легких до более тяжелых форм. Синдром каннеровского аутизма сблизился с ранним детским аутизмом процессуального шизофренического происхождения. В установленном феномене асинхронии развития, свойственном раннему детскому аутизму Каннера, выступило главное отличие его от всех других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения, что стало важно для диагностики и прогноза РДА.

В этот период появилось значительное количество работ по исследованию физиологических, биологических, психологических аспектов раннего детского аутизма. Однако можно говорить о том, что клинической определенности данной проблемы на тот момент достигнуть не удалось, что четко прослеживалось во взглядах отечественных и зарубежных исследователей на этиологию РДА. Многие авторы подчеркивали полиэтиологичность РДА, связывая его

происхождение с генетическими и органическими причинами, с последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (Mahler et al., 1959; Nissen, 1963; Rutter, 1979; и др.). В эти же годы были описаны аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

Как теперь понятно, долгое время в отечественной детской психиатрии вопрос о РДА как особом, самостоятельном заболевании даже не обсуждался. Как предмет психологического исследования аутизм в России всегда имел совсем иную картину, чем на Западе. Как было сказано выше, данное заболевание не рассматривалось как отдельный синдром, а изучалось, главным образом, в рамках шизофренических расстройств, предполагая неизбежное перетекание аутизма по мере взросления ребенка в шизофрению. Этим объясняется и подход приверженцев описанной теории к лечению пациентов: превалировали медикаментозная коррекция и методы специального обучения детей.

Только в 1977 (1978?) г. при клинической лаборатории НИИ дефектологии АПН СССР (ныне Московский институт коррекционной педагогики) под руководством профессора К. С. Лебединской была впервые создана специальная экспериментальная группа по комплексной коррекции РДА, в которой совместно работали врачи, психологи и педагоги-дефектологи, и основной целью работы была разработка системы клинико-психолого-педагогической коррекции аутизма. Результаты многолетней работы были отражены в сборнике научных трудов НИИ дефектологии под редакцией Т. А. Власовой, В. В. Лебединского и К. С. Лебединской (1981). Впервые на основе комплексного клинико-психологического исследования авторами были разработаны дифференцированные методы психолого-педагогической коррекции *детей с аутизмом* с учетом этиологии и степени тяжести РДА, а также прогностические оценки.

В 1981 г. вышла в свет первая отечественная монография по раннему детскому аутизму В. Е. Кагана. В своей работе автор обобщил исследования зарубежных и отечественных авторов по данной проблеме, предложил клиническое определение аутизма, выделил дифференциально-диагностические критерии раннего детского аутизма, отграничивающие его от других, сходных, нарушений психики ребенка. Особое внимание В. Е. Каган уделил комплексному клинико-

психологическому подходу к данной проблеме, лечебно-реабилитационной работе с детьми с РДА, а также психопрофилактике аутистических нарушений в детском возрасте (Каган, 1981).

В эти же годы ведущими специалистами в области аутизма: К. С. Лебединской и О. С. Никольской – были выделены два вида нарушений в структуре РДА: аутизм и стереотипность поведения. Они рассматривают аутизм лишь как один из симптомов РДА. Также они разработали классификацию РДА, согласно которой проявления аутизма имеют весьма широкий и разнообразный спектр. Сюда относились как дети с весьма тяжелыми проявлениями, включая алалию и умственную неполноценность, так и социально активные аутисты, проявления нарушенного развития которых заключалось в странностях при общении, избирательности интересов, многословной, педантичной речи. Классификация также подразделяла аутизм на низко-, средне- и высокофункциональный по уровню интеллекта, а также по степени и объему необходимой социальной и педагогической поддержки, в которой нуждался ребенок.

Четвертый, послеканнеровский, период – 1980–1990-е гг. – знаменуется отходом от позиций самого Л. Каннера во взглядах на РДА (Башина, Пивоварова, 1970; Башина, 1980; Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967; Rimland, 1964; Wing, 1976; Rutter, 1972; Gillberg, 1992). Ранний детский аутизм стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения, при котором основу диагностики расстройств физического и социального контакта составляет оценка трех ключевых нарушений, известных как триада Лоры Винг (Лорны Винг? Триада Винг-Гулд?):

- качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия;

- качественное ухудшение в сфере вербальной и невербальной коммуникации и в сфере воображения;

- крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов (мотивации).

По мнению Л. Винг, следствием этих нарушений у людей с нарушениями аутистического спектра является жесткая модель поведения, включающая стремление к сохранению постоянства, стереотипные движения, ограниченные интересы и т.д. Эти характерные черты проявляются различно у каждого ребенка. Кроме того, различные аспекты модели поведения могут варьироваться у одного и того же ребенка в зависимости от его возраста. Обычно один ребенок не проявляет всех характерных черт в одно и то же время или

в одной и той же степени (1991). Все это нашло отражение в термине, который ввела Л. Винг и который используется по сей день – «расстройство аутистического спектра».

Доктор психологических наук О. С. Никольская (1985–1987) выделила четыре основные группы раннего детского аутизма:

I группа – это дети с ярко выраженной отрешенностью от внешней среды;

II группа – дети несколько более активные и чуть менее ранимые в контактах со средой; сам их аутизм тоже более активен и проявляется уже не как отрешенность, а как неприятие большей части мира, любых контактов, неприемлемых для ребенка;

III группа – дети, отличающиеся по внешним проявлениям, прежде всего по способам аутистической защиты; они выглядят уже не отрешенными, не отчаянно отвергающими окружающее, а скорее сверхзахваченными своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме;

IV группа – дети, которым присущ аутизм в его наиболее легком варианте и у которых на первый план выступает уже не защита, а повышенная ранимость, тормозимость в контактах, неразвитость самих форм общения, трудности сосредоточения и организации ребенка.

В 1981 г. Мариан де Майер, детский психиатр из США, вводит термин «высокофункциональный аутизм», а в 1986 г. американский детский психиатр и педиатр Даниэль Коэн внедряет термин «множественные нарушения развития».

После того как в нашей стране была принята Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1999), РДА был выведен из раздела психозов и теперь относится к так называемым «первазивным общим расстройствам развития». Наряду с ранним детским аутизмом в МКБ-10 как особая категория выделяется «атипичный аутизм». При диагностировании специалисты отличают его от РДА отсутствием немногих, но от этого не менее важных показателей. Наиболее часто он возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, а также у детей с атипичными детскими психозами.

В современной науке все большее распространение получает биогенетический подход, рассматривающий аутизм как биологически обусловленное и хроническое нарушение развития, которое проявляется в первые годы жизни ребенка. И сегодня в медицине

говорят не столько об аутизме, сколько о расстройствах аутистического спектра (РАС), рассматриваемых как особый тип нарушения психического развития, специфика которого обусловлена особенностями биологической дефицитарности ребенка. Характер этой дефицитарности до сих пор недостаточно прояснен, показано, однако, что она имеет системный характер и проявляется не только в нарушении развития высшей нервной деятельности, но и во многих соматических проблемах.

Таким образом, история изучения аутизма как в России, так и во всем мире на протяжении десятилетий изобиловала новыми гипотезами и научными открытиями, а на сегодняшний момент продолжает набирать обороты. В первую очередь это обусловлено возрастанием степени актуальности проблемы. Если обратиться к статистике, то в 2000 г., по данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность аутизма составляла от 5 до 26 случаев на 10 тысяч детского населения, в 2005 г. на 250–300 новорожденных приходился один случай аутизма, а в 2008 г. – один случай на 150 детей. На 2017 г., по данным Американских центров по контролю и предотвращению заболеваний (U.S. Centers for Disease Control and Prevention), каждый 88 ребенок болел аутизмом. Среди мальчиков распространенность заболевания была, как и сейчас, выше, чем среди девочек (по различным данным в 2–4 раза), и составляла на тот момент один случай на 42 человека.

Отдельно стоит сказать, что аутизм, будучи когда-то открытым психиатрами, не находится сегодня исключительно в их фокусе внимания, а привлекает к своему рассмотрению специалистов различных областей – неврологов, генетиков, логопедов, дефектологов, психологов, психотерапевтов, арт-терапевтов, музыкотерапевтов и многих других, и является, по сути, не только медицинской, но и важной социальной и психолого-педагогической проблемой.

Глава 2. АУТИЗМ У ДЕТЕЙ

На сегодняшний день причины и механизмы раннего детского аутизма до конца неясны, что порождает множество теорий и гипотез происхождения нарушения, при этом не вызывает сомнений тот факт, что РАС – полиэтиологичное заболевание, ведущее значение в возникновении которого принадлежит средовым и генетическим факторам.

В настоящее время выявлено более 100 генов, ассоциированных с РАС. Генетические причины разделяют на моногенные и мультифакториальные. Полногеномные ассоциативные исследования (англ. Genome-Wide Association Studies, GWAS) включают сравнение частот сотен тысяч распространенных вариантов генов, известных как однонуклеотидные полиморфизмы (англ. Single Nucleotide Polymorphism, SNP; частота >5 % в популяции) в случаях и контроле.

Однако однонуклеотидные полиморфизмы охватывают лишь очень небольшую часть общей генетической изменчивости, в результате чего наследуемость полиморфизмов для аутизма низка (0,118), а общая генетическая предрасположенность в настоящее время не имеет прогностической ценности. Результаты GWAS подчеркивают, что как общие, так и редкие варианты вносят вклад в генетическую архитектуру аутизма. В отличие от результатов GWAS исследования редких генетических вариаций аутизма (частота <1 % в популяции) до сих пор дали гораздо больше открытий, так как они, как правило, демонстрируют больший размер эффекта по сравнению с полиморфизмами.

Редкие варианты преимущественно составляют вариации числа копий (CNV) и однонуклеотидные варианты в конкретном гене, реже обнаруживаются немонагенные причины, такие как экспансии тринуклеотидных повторов, эпигенетические изменения структуры ДНК (кольцевая хромосома), нарушение метилирования.

Отдельные варианты могут передаваться от родителя к потомству (наследоваться) или могут иметь происхождение *de novo*, когда вариант изначально возникает в родительской зародышевой линии (яйцеклетки или сперматозоиды) или позже, после оплодотворения, они известны как постгерминальные соматические варианты.

Есть несколько наблюдений в рамках этих исследований. При аутизме гораздо чаще обнаруживаются редкие варианты среди людей с аутизмом по сравнению с обычными вариантами. В клиниках,

где когорта включает только больных, а не всю популяцию, выявляемость редких вариантов достигает 10–40 % среди людей с аутизмом.

Полигенная вариация, видно, по-прежнему вносит дополнительный вклад в риск аутизма у тех, кто обладает сильным вариантом *de novo*.

На значительную роль генетических факторов в возникновении РАС указывают высокая наследуемость, выявленная в близнецовых методах, значительное преобладание вероятности рождения ребенка с РАС в семьях, где уже есть ребенок с РАС, над средней по популяции, и значительное увеличение встречаемости случаев РАС в группах пациентов с установленными генетическими нарушениями в сравнении с людьми без выявленных генетических расстройств.

Также риск рождения ребенка с РАС повышается с возрастом родителей, что, по всей видимости, связано с увеличением количества мутаций при сперматогенезе у лиц старшего возраста (табл. 1).

Таблица 1

Некоторые генетические синдромы, ассоциированные с РАС

Генетический или наследственный синдром	Вовлеченный ген или участок хромосомы	Распространенность	Встречаемость симптомов РАС при нарушении, %
Синдром Мартина – Белл (ломкая X-хромосома)	FMR1	1:4000 (преимущественно мальчики)	18–33
Туберозный склероз	TSC1, TSC2	1:6000–10000	25–60
Синдром Ретта	MECP2	1:10000–20000 (почти исключительно девочки)	80–100
Синдром Дауна	Трисомия 21-й хромосомы	1:700–1000	18
Синдром Прадера – Вилли	Делеции в участке 15q11-q13 копии отцовской хромосомы	1:10000–30000	19–36
Синдром Ангельмана	Делеции в участке 15q11-q13 копии материнской хромосомы UBE3A	1:10000–12000	50–81

Генетический или наследственный синдром	Вовлеченный ген или участок хромосомы	Распространенность	Встречаемость симптомов РАС при нарушении, %
Синдром Смита – Магениса	Делеция 17p11.2	1:15000	93
Синдром Ди Джорджи	Делеция 22q11.2	1:4000–6000	20–31
Синдром Фелан – МакДермида	Делеция 22q13.3	1:100000	50–70
Синдром Клифстры	Микроделеция 9q34.3, ЕНМТ1	Неизвестна	95

Здесь же нередко упоминаются нейрофиброматоз Реклингхаузена, гипомеланоз и др.

Некоторые наследственные нарушения обмена веществ с возможным фенотипом РАС представлены в табл. 2.

Таблица 2

Наследственные нарушения обмена веществ с возможным фенотипом РАС

Нарушения обмена веществ	Заболевания и дефициты
Нарушения обмена аминокислот	Фенилкетонурия (без лечения) Гомоцистинурия Дефицит кетокислотной дегидрогеназы киназы с разветвленной цепью Нарушения обмена гамма-аминомасляной кислоты Недостаточность янтарной полуальдегиддегидрогеназы
Нарушения обмена холестерина	Синдром Смита – Лемли – Опица (Дефицит 7 – дегидрохолестеринредуктазы)
Нарушения, связанные с дефицитом фолиевой кислоты в головном мозге	Мутации гена рецептора фолата 1 Дефицит дигидрофолатредуктазы
Нарушения транспорта и обмена креатина	Дефицит аргинин-глицин-амидинотрансферазы Дефицит гуанидинацетат метилтрансфераза Дефициты X-сцепленных креатиновых транспортеров
Нарушения биосинтеза креатина	Дефицит 6-N-триметиллизиндиоксигеназы

Нарушения обмена веществ	Заболевания и дефициты
Нарушения обмена пуринов и пиримидинов	Недостаточность аденилосукцинат лиазы Дефицит аденозиндеаминазы Повышенная активность цитозольной 59-нуклеотидазы Дефицит дигидропиримидиндегидрогеназы Повышенная активность фосфорибозилпирофосфат-синтетазы
Лизосомные болезни накопления	Синдром Санфилиппо (мукополисахаридоз III типа)
Митохондриальные заболевания	Мутации в митохондриальной ДНК Мутации в ядерной ДНК
Другие	Дефицит биотинидазы Дефекты мочевинового цикла

Роль средовых факторов в развитии РАС еще недостаточно изучена, при этом многие исследования указывают на их значимость в этиопатогенезе расстройства. Установлена связь между возникновением повышенного риска запуска патологических генетических и эпигенетических механизмов с недоношенностью плода, использованием матерью во время беременности препаратов вальпроевой кислоты, гестационным диабетом и/или ожирением у нее, осложнениями при родах (родовые травмы, ишемия и гипоксия), коротким промежутком между беременностями. Внимание уделяется и неблагоприятному воздействию некоторых компонентов продуктов питания беременной (консерванты, стабилизаторы, нитраты, алкоголь), наличию вредных привычек (никотин, наркотики), грибковым, внутриутробным инфекциям, стрессам, радиации, загрязненности атмосферы места проживания беременной выхлопными газами, воздействию солей тяжелых металлов, фенола и т.д., метаболическим, иммунным и гормональным нарушениям. Частая связь раннего детского аутизма с эпилепсией указывает на вероятное влияние перинатальной энцефалопатии вследствие токсикозов беременности, гипоксии плода, внутричерепных родовых травм и прочих причин.

Вместе с этим в настоящее время нет достаточных данных для того, чтобы приписывать какому-либо одному из внешних факторов решающее этиологическое значение в развитии РАС. Можно рассматривать данные факторы в качестве комплементарных во взаимодействии с генетической предрасположенностью.

Наконец, стоит подчеркнуть роль эпигенетических модификаций, таких как метилирование ДНК и посттрансляционная модификация гистонов: они производят наследуемые изменения в экспрессии генов, не меняющие последовательность ДНК. Некоторые генетические нарушения, связанные с РАС (синдромы Ретта, Чарга – Стросса (CHARGE), дупликация 15q, синдром Ангельмана и ломкой X-хромосомы), затрагивают гены, которые либо кодируют эпигенетические регуляторы, либо восприимчивы к изменениям в эпигенетической регуляции. Поскольку эпигенетические модификации могут возникать под влиянием факторов окружающей среды, то, по сути, они представляют собой интерфейс между генами и окружающей средой. Однако эпигенетические модификации – не единственные механизмы, регулирующие экспрессию генов, и эпигенетика не должна сливаться с более широкой категорией факторов окружающей среды. Исследование роли эпигенетики и других негенетических модификаций, меняющих активность генов без изменения последовательности ДНК, является областью активных поисков в этиологии РАС.

С середины 1990-х гг. существовали опасения возможной связи вакцинации с возникновением РАС, некоторые из которых прозвучали в средствах массовой информации и позже были описаны в различных статьях, в основном представляющих собой описание серии случаев. Современные эпидемиологические данные достоверно указывают на отсутствие причинно-следственной ассоциации между возникновением РАС и вакциной от кори, паротита и краснухи. Не существует и подтверждения связи между применением вакцин и риском возникновения РАС даже при вакцинации детей из группы риска, братьев и сестер детей с РАС. Обзоры данных о возможной связи между консервантом тиомерсалом и адъювантами алюминия, содержащимися в инактивированных вакцинах, и риском развития РАС также свидетельствуют о том, что вакцины не повышают вероятность РАС у привитых детей. Изменения прививочного календаря, изъятие каких-либо вакцин и их компонентов не влияли на изменения встречаемости РАС. Действительно, к концу прошлого столетия назрел большой интерес к побочным действиям некоторых вакцин (от кори, краснухи, эпидемического паротита, полиомиелита, туберкулеза, гепатита, коклюша, дифтерии, столбняка), среди которых называлось, в частности, формирование клинической картины РАС. Этот феномен активно изучался, что позволило сделать ряд важных выводов:

– типичный возраст манифестации заболевания совпадает с периодом активной иммунизации ребенка, что теоретически может наталкивать в первую очередь родителей на неточную оценку причинно-следственных связей;

– в исследованиях фигурируют данные о частом сочетании регрессивного поствакцинального аутизма с рядом отклонений в состоянии здоровья ребенка, в том числе с тимомегалией и нестабильным титром антител после вакцинации (что подчеркивает значимость врожденных особенностей нервной и иммунной систем детей с РАС);

– в группах испытуемых обнаруживалась наследственная отягощенность психическими нарушениями из круга шизофрении, в том числе шизотипальные личностные расстройства и случаи шизофрении; в акушерском анамнезе – случаи самопроизвольных абортов, бесплодие, подозрение на внутриматочное инфицирование (ЦМВИ, герпес, неуточненные инфекции); беременности пробандами были, как правило, повторными, и течение их практически у всех детей сопровождалось антенатальными нарушениями (угроза самопроизвольного аборта, вялое шевеление плода, в отдельных случаях низкий вес плода при доношенной беременности – 2,3–2,7 кг); постнатальный период с первого месяца жизни до манифестации аутистических расстройств сопровождали специфические особенности нервно-психического развития по типу шизотипического диатеза;

– вакцинация не является непосредственной причиной формирования аутизма у изначально здоровых детей, но может являться провоцирующим фактором для детей из достаточно многочисленной группы риска по его развитию, что накладывает повышенную ответственность на врачей в отношении тщательного сбора анамнеза, осмотра ребенка и выявления возможных противопоказаний к вакцинации.

В настоящее время не существует единой концепции патогенеза РАС. Большинство теорий предполагает, что развитие РАС связано с нарушением процесса созревания центральной нервной системы и, как следствие, искажением процесса нормального развития психических функций. Выявлено, что в основе РАС может лежать избыточное образование синаптических связей и общее увеличение размера головного мозга в первые годы жизни ребенка, которое приводит к нарушению формирования специфических связей между

ключевыми областями мозга, в частности, отвечающими за социальное и коммуникативное развитие.

Приводятся данные о нарушении миграции нейронов в первом и втором триместрах беременности, которое приводит к изменениям функционирования ключевых для социального взаимодействия областей головного мозга. Кроме этого, отмечены изменения в морфологии нейронов в виде преобладания удлинённых и тонких дендритных шипиков, образующих синапсы.

Помимо морфологических изменений, описаны нарушения работы нейротрансмиттеров, в частности, отмечаются повышенный уровень серотонина и дисбаланс процессов торможения и возбуждения нейронных сетей, связанный с функционированием ГАМК-рецепторов. Так или иначе, до настоящего времени не описано единого механизма формирования РАС как на биохимическом, так и на структурном уровне. РАС, вероятнее всего, возникает как следствие патологического влияния различных факторов, оказывающих множественное разнообразное влияние на процессы формирования и развития нервной системы.

Кроме того, было предложено множество когнитивных теорий, исследующих механизмы, лежащие в основе манифестации РАС. Эти теории ранжируются от «социальных» (так как модель психического и теории дефицита социальной мотивации) к теориям дефицитов в области обработки информации (так как слабость контроля внимания, нарушение исполнительных функций, слабость центральной когерентности и теория продвинутой перцептивной обработки). В последнее десятилетие их значимость и объяснительная ценность снижается. Это связано с тем, что многие из обозначенных дефицитов скорее характерны для нарушений развития в целом и недостаточно специфичны для РАС. Тем не менее данные теории могут быть полезны для понимания того, как люди с РАС обрабатывают информацию и воспринимают окружающий мир.

Если говорить о них подробно, то среди наиболее исследованных и популярных в современной науке когнитивных теорий, претендующих на объяснение механизмов этиопатогенеза РАС, выделяют следующие три:

– Теория модели психического (Theory of Mind), в основе которой лежит предположение о том, что центральным звеном РАС является недостаточно сформированная и ограниченная способность понимать мысли, убеждения, чувства и желания других

людей, отделять собственные мысли и переживания от мыслей и переживаний окружающих. Нарушение данного механизма может проявляться у детей с РАС в трудностях понимания шутки, переносного смысла, притворства, обмана, недоразумения, иронии, несовпадения видимости с реальностью и т.п.

– Теория слабости центральной когерентности (Weak Central Coherence Theory). Согласно данной теории в основе РАС лежит нарушение механизма объединения информации и обработки ее в контексте, поиска «общей картины» и извлечения смысла при одновременной тенденции уделять внимание и запоминать детали, а не целостную картину или значение. Предполагается, что это может объяснить свойственные пациентам с РАС внимание к техническим деталям и отдельным частям предметов, наличие ограниченных интересов и повторяющихся форм поведения и потребность в постоянстве окружающей среды.

– Теория исполнительных функций (Executive Functions Theory). В соответствии с данной теорией РАС обусловлены дефицитом группы высокоуровневых когнитивных процессов, связанных с функционированием префронтальной коры головного мозга, которые регулируют низкоуровневые процессы (например, восприятие, моторные реакции и др.) и обеспечивают процессы саморегуляции, целенаправленного поведения, преодоления привычных форм поведения, принятия решений и оценки рисков, планирования будущего, определения приоритетов и упорядочивания действий и совладания с новыми ситуациями.

Глава 3. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Ментальные нарушения – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к социальному взаимодействию и поведению. У таких детей отмечаются нарушения интеллектуального развития, возникающие на ранних этапах развития. Дети с ментальными нарушениями имеют ряд специфических особенностей, которые проявляются в отставании сроков и темпе развития; инертности, пассивности, отмечаемых во всех сферах жизнедеятельности ребенка; существенном недоразвитии моторных и речевых функций; несформированности когнитивной деятельности; примитивности интересов потребностей, мотивов; снижении познавательного интереса; нарушении эмоционально-волевой сферы.

Отдельного внимания в диагностике требуют расстройства аутистического спектра.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения.

Диагноз РАС основан на группе симптомов, называемой «триадой Wing». К ней относятся:

- 1) нарушение социального поведения;
- 2) утрата коммуникативных способностей;
- 3) повторяющееся (стереотипное) поведение.

Рассматривать эти симптомы необходимо только в тесной взаимосвязи друг с другом. При раннем детском аутизме (РДА) способность к коммуникации и установлению социальных связей нарушена. Дети специфически реагируют на любые попытки вступить с ними в контакт. В раннем возрасте такой ребенок часто производит впечатление глухого, так как не откликается на имя, не реагирует на различные звуки и присутствие близких, игнорирует других людей рядом с собой, не смотрит в глаза. Ранним симптомом РДА считается избегание зрительного контакта с матерью.

У таких детей маловыразительное, амимичное лицо, что часто обозначают как «зачарованность созерцанием». Дети не пользуются указательными жестами для привлечения взрослого к совместному эмоциональному переживанию. Аутичный ребенок не способен адекватно воспринимать социальные сигналы окружающих. Дети с ранним аутизмом лишены эмпатии и других проявлений сопереживания, в связи с чем не могут адекватно оценивать собственное эмоциональное состояние, а также эмоции и чувства других людей.

Аутичный ребенок, испытывая боль, реагирует на нее плачем, криком или мимикой, но не стремится за утешением к матери. Он не умеет обращаться с просьбой к другим членам семьи, предпочитая самостоятельно удовлетворять свои потребности. Коммуникативные нарушения при детском аутизме главным образом проявляются в нарушениях речевого развития. Как правило, такие дети начинают говорить намного позже сверстников, а впоследствии практически не используют речь для общения. Слова «мама» и «папа» они произносят автоматически, не применяя их целенаправленно, не пытаясь привлечь к себе внимание. Практически у всех детей с ранним аутизмом после появления первых слогов и слов в возрасте 11–15 месяцев наступает мутизм на период от шести месяцев до года, после чего у ребенка формируется «лепетная» речь или «птичий язык». К трем годам у части пациентов с РДА происходит усиление речевой активности, что выражается в повторении слов за окружающими – эхоталии. О себе ребенок, как правило, говорит во втором или третьем лице и никогда не употребляет местоимение «я». Высказывания детей-аутистов содержат отрывки из мультфильмов, песен, книг. Большинство таких пациентов в раннем возрасте вообще не используют речь. Вместо нее аутичный ребенок применяет вокализацию, похожую на «пение», «мычание» или «дельфиний визг».

Ведущим критерием РАС считается неспособность ребенка к полноценной и «ролевой» игровой деятельности в связи с отсутствием воображения, неспособностью понимания чувств и намерений других людей, сути игры. Такие дети предпочитают играть мелкими деталями, коллекционируют их, выстраивают игрушки в ряды или пирамидки, перекладывают их из одной емкости в другую. Постоянство и «застываемость» на определенных действиях относятся к самым частым симптомам, которые замечают родители (например, стереотип ходить в определенной одежде и обуви). Важным диагностическим критерием РДА считаются стереотипии,

к которым относятся привычка длительно хлопать в ладоши или раскачиваться из стороны в сторону, хождение на носочках, игра с собственной тенью или перебирание пальцев перед глазами, потрясывания кистями рук, «манежный бег» (по кругу).

Нарушение пищевого поведения – важный диагностический симптом, проявляющийся в стойком нежелании ребенка изменять привычным вкусовым ощущениям, в отказе пробовать новые продукты и придерживаться определенного режима питания. Если ребенка с раннего возраста кормили протертой пищей, то в дальнейшем он отказывается от других видов еды, часто предпочитая пищу одной консистенции, цвета, формы.

Однако вовремя (в возрасте до 24 месяцев) диагностировать РАС, основываясь только на клинических проявлениях, невозможно.

Помимо клинических, в диагностике РДА можно использовать молекулярно-цитогенетические технологии. Диагностика методом серийной сравнительной геномной гибридизации была признана одной из наиболее эффективных среди молекулярно-цитогенетических технологий. Серийная геномная гибридизация (молекулярное карiotипирование) позволяет выделить целый ряд достаточно частых и ранее неизвестных микроделеционных синдромов (например, микроделеции в участках 16p11.2–p12.2 и 17q21.31). Помимо этого, вариации генома в виде делеций и дупликаций, определенных с помощью высокоразрешающей серийной геномной гибридизации, также достаточно часто обнаруживаются у детей, страдающих аутизмом.

Эпигенетическая гипотеза развития РАС, в частности «гипотеза материнского риска», позволяет предложить еще один метод диагностики. Суть его заключается в том, что матери детей с РАС, сами не страдающие аутизмом, имеют некоторые различные отклонения в здоровье. Это и повышенная частота ревматоидного артрита, волчанки, диабета (т.е. аутоиммунных нарушений), и наличие определенных аллелей генов (порой даже не наследуемых ребенком) в различных локусах систем тканевой несовместимости (HLA DRB1 и C4B) и детоксикации ксенобиотиков (GSTP1). Сюда же причисляют перенесенные во время беременности заболевания, возбудители которых не преодолевают плацентарный барьер. Совокупность этих и некоторых других факторов формирует так называемый «материнский риск» РДА и РАС через эффекты генотоксичности.

На гипотезе материнского риска основан «метод комет» – исследование повреждений ДНК у ребенка и его матери. При подобном анализе уровень поврежденности ДНК в выборке детей с аутизмом оказывается значимо выше, чем в выборке здоровых детей, что можно объяснить генотоксичностью окислительного стресса. Однако на более сложные механизмы генотоксичности указывает то, что в исследовании у нестрадающих аутизмом матерей детей-аутистов уровень повреждений ДНК также значимо превышает таковой в выборке здоровых детей и соответствует уровню поврежденности ДНК в выборке детей с аутизмом. Несмотря на неоднозначность этого метода, его можно использовать в случае подозрения на РАС в любом возрасте.

При обследовании ребенка с аутизмом выделяют следующие этапы: скрининг, сбор анамнеза и клиническое исследование, выявление индивидуальных особенностей.

Обследование у психиатра назначают в случае, если:

- ребенок до 12 месяцев не гулит, не лепечет, у него отсутствует указательный жест;
- до 16 месяцев он не произносит отдельные слова;
- в возрасте 2 лет он не произносит коротких фраз, или если он очевидно теряет ранее приобретенные речевые и социальные навыки, независимо от возраста.

Скрининг включает сбор информации о социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска.

Для этого разработаны стандартизованные скрининговые инструменты:

- экспресс-оценка аутистических проявлений по плану ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule);
- модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers);
- социально-коммуникативный опросник SCQ1 (Social Communication Questionnaire) и для более подробного интервью – ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised), «золотой стандарт» диагностики РАС;
- анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет).

Скрининг могут осуществлять педиатры, невропатологи, педагоги, психологи, средний медицинский персонал и родители. Американская ассоциация педиатров рекомендует проводить его в критические периоды онтогенеза (9, 18, 24 месяцев). В России скрининг считается целесообразным в возрасте 18 и 24 месяцев.

Следующий этап диагностики и дифференциальной диагностики – сбор объективного анамнеза (медицинская документация, характеристики из дошкольных учреждений, коррекционных центров и школ, беседы с родственниками ребенка). Далее при наличии возможности собирается субъективный анамнез и обобщаются клинические факты.

Физикальное исследование (соматическое и неврологическое) проводится психиатром, педиатром, невропатологом и считается важной частью диагностики РАС. На этом этапе выявляют стигмы дизэмбриогенеза или так называемые малые аномалии развития (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение нёба и др.), а также следы различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка). Далее проводится объективный осмотр на предмет соматических заболеваний. Неврологическое исследование направлено на выявление расстройств функций черепно-мозговых нервов, рефлексов (безусловных, условных, патологических), экстрапирамидных и мозжечковых нарушений, нарушений чувствительности и расстройств вегетативной нервной системы.

В качестве основного инструментария при клиническом исследовании в международной практике используется количественная шкала оценки выраженности детского РАС (Childhood Autism Rating Scale – CARS), которая основана на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях. Каждый из 15 параметров оценивается по четырехбалльной шкале, возможный итог варьирует от 15 до 60 баллов. Диапазон оценки от 15 до 29 баллов соответствует нормальному развитию, от 30 до 36 баллов – легкому/умеренному аутизму, от 37 до 60 баллов – тяжелому аутизму. В диапазоне тяжелых РАС в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм – 42–60 баллов. CARS служит дополнительным диагностическим инструментом и не может заменить клиническую оценку врача в алгоритме оказания медицинской помощи.

Часто применяют комплекс методик РЕР (Psychoeducation Profile), предложенный американскими учеными в 1979 г. В настоящее время используется его третья редакция. Оцениваются психический возраст и уровень развития, степень зрелости семи когнитивных сфер и параметров психической деятельности ребенка (таких как подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, когнитивных представлений, вербальной сферы).

Далее следует выявить индивидуально-психологические свойства ребенка. Для оценки интеллекта используют школы Векслера (оригинальный вариант WISC-IV и его отечественные модификации для детей от 5 до 15 лет и 11 месяцев и для дошкольников от 4 до 6,5 года).

Когнитивные функции изучают по запоминанию десяти слов (или пяти-семи в зависимости от возраста), анализируют парные ассоциации, тактильную и стереогностическую память.

Для исследования внимания применяют шифровку, таблицы Шульте (в соответствующем возрасте). Зрительное восприятие изучают по фигурам Липера, по идентификации форм, перцептивному моделированию, разрезным предметным картинкам. Эмоции изучают с помощью графических проб, сюжетных картинок, моделирующих житейские ситуации, распознавания мимической экспрессии основных эмоций человека, эмоционально выразительных движений, поз и жестов.

Инструментальное обследование включает электроэнцефалографию, компьютерную томографию, ядерный магнитный резонанс, которые назначаются по показаниям. При электроэнцефалографии у больных РДА обнаруживается правостороннее преобладание спектральной мощности альфа-диапазона, как в покое, так и при когнитивной нагрузке. Спектральная мощность фонового гамма-ритма характеризуется более высокими значениями, чем в норме, а при когнитивной нагрузке спектральная мощность и средняя когерентность быстрых ритмов не изменяются.

Структурная МРТ

Кора:

- увеличение объемов серого и белого вещества;
- диссоциация между объемами больших полушарий и подкорковых структур;

- увеличение количества серого и белого вещества лобно-височных долей, в то время как теменная и затылочная кора, как правило, затронута в меньшей степени;

- увеличение дорсолатеральной и медиальной префронтальной коры;

- увеличение поясной коры;

- толщина коры отражает незрелость коры головного мозга с атипичными зонами в лобной, височной и теменной долях.

Мозжечок:

- увеличение общего объема мозжечка и серого вещества – уменьшение среднесагиттальной поверхности и VI–VII долек червя мозжечка;

- гипоплазия червя;

- меньший объем серого вещества в левой и правой ножках I, долька VIII и долька IX.

Базальные ядра:

- увеличенный объем хвостатого ядра;

- ненормальные формы структур базальных ядер.

Мозолистое тело:

- уменьшенный общий объем;

- локальная гипоплазия в среднесагиттальной плоскости, передней части, теле и валике;

- увеличенный размер мозолистого тела (особенно при макроцефалии).

Диффузионно-тензорная МРТ

Фракционная анизотропия:

- снижение показателя фракционной анизотропии во всем мозге;

- снижение показателя фракционной анизотропии в лобной доле;

- снижение показателя фракционной анизотропии в дугообразном пучке;

- снижение показателя фракционной анизотропии во всем мозолистом теле;

- снижение показателя фракционной анизотропии в передней таламической лучистости.

Средний показатель диффузии:

- повышение среднего показателя диффузии во всем мозге;

- повышение средних показателей диффузии в левом полушарии;

– повышение среднего показателя диффузии в лобно-височной области, мозолистом теле.

Исследователями и практикующими специалистами рекомендуются следующие шкальные методики диагностики РАС:

– стандартизированная психодиагностическая методика «Гном», которую можно использовать у всех детей раннего возраста (от месяца до трех лет) для оценки психического развития. Методика позволяет оценить психическое развитие в соответствии с нормативными показателями по пяти сферам: сенсорика, моторика, эмоционально-волевая сфера, познавательная деятельность и поведение (биологическое и социальное). «Гном» позволяет вычислить интегративный коэффициент психического развития и квантифицировать результаты;

– шкала клинической оценки детского аутизма – ШКОДА, которую применяют у детей в возрасте 6–12 лет для количественной характеристики аутистической симптоматики. Шкала основана на диагностических критериях рубрики F84 МКБ-10. Она позволяет выявить симптомы, характерные для РАС, и установить их выраженность. ШКОДА состоит из десяти субшкал, разделенных на четыре блока: 1 – нарушения социального взаимодействия; 2 – нарушения общения; 3 – наличие стереотипных моделей поведения; 4 – неспецифические дополнительные признаки. Интерпретация результатов осуществляется по итоговой интегративной оценке: до 16 баллов – признаки РАС отсутствуют; 16,5–20 баллов – слабая степень РАС; 20,5–24 балла – умеренная степень РАС; 24,5–28 баллов – сильная степень РАС; 28,5–40 баллов – тяжелая степень РАС.

Для диагностики в более раннем возрасте предлагаются следующие методики:

– отечественная методика Л. Т. Журбы, которая позволяет оценить нервно-психическое развитие детей раннего возраста от периода новорожденности до 12 месяцев;

– шкала Бейли (Bayley Scales of Infant Development, 3rd ed.), широко распространенная за рубежом, предназначена для оценки нервно-психического развития детей в возрасте от 1 до 42 месяцев. С помощью пяти разделов этой шкалы определяют уровень когнитивного, речевого (экспрессивная и импрессивная речь) и моторного (крупная и мелкая моторика) развития.

Также важна диагностика ментальных нарушений при «синдроме дефицита внимания».

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность.

Расстройство развития проявляется трудностями концентрации и поддержания внимания, чрезмерной двигательной активностью (гиперактивность) и несдержанностью (импульсивность).

Этапы диагностического процесса:

1. Детский психиатр: клиническое интервью с родителями и ребенком.
2. Применение диагностических опросников.
3. Психолог: нейропсихологическое обследование.
4. Получение информации от учителей (с помощью опросников и непосредственно в беседе).

При необходимости провести дополнительные обследования педиатра/невролога, других специалистов, инструментальные и лабораторные исследования с целью дифференциальной диагностики и др.

Первый этап. Врач подробно беседует с матерью ребенка о том, как протекали беременность, роды, о поведении ребенка, об условиях воспитания в семье и т.п. Наблюдается ситуативная вариабельность симптомов: на консультации у врача симптомы СДВГ могут не проявляться и, наоборот, нормальный ребенок при сильной усталости, долгом ожидании на приеме может проявить черты гиперактивности, что увеличивает риск ошибочного выявления (невыявления) расстройства. Поэтому необходимы следующие этапы диагностики СДВГ, в которых может принять участие психолог.

Второй этап. Диагностика с помощью опросников. В диагностической практике СДВГ используются следующие опросники:

– опросник Вандербильта. Доступны две версии: форма для родителей, содержащая 55 вопросов, и форма для учителя, содержащая 43 вопроса. В обеих версиях для родителей и учителей респонденту предлагается оценить частоту поведения ребенка по шкале 0–3 следующим образом:

- 0: «никогда»;
- 1: «иногда»;
- 2: «часто»;
- 3: «очень часто».

Положительным ответом является либо оценка 2, либо 3 (от «часто» до «очень часто»).

В заключительных восьми вопросах обеих версий респонденту предлагается оценить успеваемость ребенка в школе и его взаимодействие с другими людьми по шкале 1–5, где 1–2 означает «выше среднего», 3 – «средний» и 4–5 – «проблемный»;

- шкала Коннора, рекомендованная для родителей или учителей (воспитателей) после четырехнедельного наблюдения за ребенком;

- опросник 5–15 (FTF), позволяющий оценить развитие ребенка в восьми сферах: двигательные навыки, управляющие функции, восприятие, память, язык, социальные навыки, успехи в обучении, эмоциональные проблемы и проблемы поведения. Проводится данная методика для оценки родителями развития и поведения ребенка в виде интервью, которое включает 181 вопрос;

- опросник Ахенбаха, применяемый для оценки проблем поведения и особенностей личности. Данные на одного ребенка включают результаты по четырем интервью: с матерью, отцом, учителем и ребенком;

- Disruptive Behavior Rating Scale – шкала оценки отклоняющегося поведения. Этот опросник был разработан специально для оценки симптомов СДВГ. В форме для родителей содержится 41 вопрос;

- BRIEF – поведенческие шкалы для оценки управляющих функций. Этот опросник был разработан для фиксации проявлений в повседневном поведении дисфункции управляющих функций. Существуют варианты для родителей, учителей, детей и подростков.

Третий этап – подробное психологическое обследование. Следуя основному принципу работы с гиперактивными детьми, психологи, как правило, могут провести предварительную диагностику, которая дает право предположить, что ребенок принадлежит к данной категории. Главным инструментом, который использует психолог, является метод наблюдения, результаты которого можно соотнести с основными симптомами, описанными в МКБ-10 и DSM-IV. Благодаря направленному наблюдению психолог сможет отметить особенности поведения и развития ребенка с СДВГ, избежать ошибочного приписывания данного синдрома импульсивным, одаренным, тревожным детям, у которых могут наблюдаться отдельные схожие признаки (несдержанность, суетливость, невнимательность и др.). Кроме метода наблюдения, помощь психологу может оказать анализ продуктов деятельности ребенка: рисунки, поделки, рабочие

тетради. Как правило, гиперактивным детям трудно соблюдать чистоту в тетрадах, вмещать длинные записи в небольшой отрезок. Люди и животные на рисунках не статичны, они полны движения. При раскрашивании рисунка наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка – размашистые. Для диагностики личностных качеств, эмоциональной сферы, а также идеомоторной координации используются рисуночные техники: «дом, дерево, человек», «несущее животное», «автопортрет» (табл. 3).

Таблица 3

Диагностические критерии СДВГ по МКБ-10 и DSM-IV

Измерения	Признаки
Нарушения внимания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности. 2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр. 3. Легко отвлекается на посторонние стимулы. 4. Не может до конца закончить поставленную задачу. 5. Слушает, но кажется, что не слышит. 6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания. 7. Плохо организован. 8. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки). 9. Забывчив
Гиперактивность / импульсивность	<p style="text-align: center;">Гиперактивность</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок суетлив. 2. Неспособен усидеть на одном месте. 3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своем месте). 4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. 5. Всегда нацелен на движение, ведет себя как <i>perpetuum mobile</i>. 6. Болтлив. <p style="text-align: center;">Импульсивность</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос. 8. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. 9. В разговоре часто прерывает, мешает (пристает) окружающим

Для постановки диагноза необходимо присутствие шести из девяти критериев в каждом измерении. При наличии повышенной невнимательности (шесть и более признаков из первого измерения) и при частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности используют диагностическую формулировку «синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания»; при наличии повышенной реактивности и импульсивности (т.е. шесть и более признаков из второго измерения) и при частичном соответствии критериям нарушений внимания – формулировку «синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны появляться до 8 лет; наблюдаться не менее шести месяцев в двух сферах деятельности ребенка (в школе и дома); не должны проявляться на фоне общего расстройства развития, шизофрении, каких-либо нервно-психических расстройств; должны вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Нейропсихологическое обследование проводится с целью установления уровня интеллектуального развития ребенка, выявления сопутствующих нарушений школьных навыков – чтения, письма, счета. Выявление этих расстройств важно и в плане дифференциальной диагностики. При диагностике детей с СДВГ используются следующие нейропсихологические методики: экспресс-диагностика памяти «Лурия-90», разработанная Э. Г. Симерницкой; пробы на уровень развития произвольных движений А. Р. Лурии и Н. И. Озерского в обработке Л. С. Цветковой; система нейропсихологического обследования детей младшего школьного возраста с симптомами СДВГ И. П. Брызгунова, Е. В. Касатиковой, позволяющая за 40–50 минут оценить степень развития внимания, памяти, мышления, двигательной и эмоциональной сферы.

Психодиагностическое обследование чаще всего направлено на оценку уровня развития когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), эмоциональных особенностей, двигательной сферы, личностных особенностей ребенка, акцентуаций характера. Особое значение при психодиагностике ребенка с СДВГ придается исследованию внимания ребенка. В качестве основной методики для исследования внимания и оперативной памяти используется тест Тулуз – Пьерона (разработан Л. А. Ясюковой), который также является косвенным инструментом для выявления минимальной мозговой

дисфункции, лежащей в основе СДВГ, и первично направлен на изучение свойств внимания и психомоторного темпа, вторично – оценивает точность и надежность переработки информации, волевую регуляцию, личностные характеристики работоспособности. Тест используется при обследовании детей 6 лет и старше. Методика Тулуз – Пьерона является быстрым (занимает не более 15 мин) и простым способом первичной диагностики СДВГ у этих детей. Она не имеет ограничений для повторных применений, поэтому удобна для анализа динамики синдрома, оценки эффективности лечения или коррекции.

Глава 4. ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬ?

Детская инвалидность является важной медико-социальной проблемой общества, для решения которой необходим программно-целевой метод.

Уровень детской инвалидности наряду с показателями заболеваемости и смертности – ведущий индикатор состояния здоровья детского населения, темпов развития и эффективности деятельности государственных и негосударственных систем, оказывающих помощь детям-инвалидам, а также служб, ответственных за проведение политики по предупреждению инвалидности среди детей.

Данные Росстата показывают, что с 2011 г. наметилась тенденция повышения уровня инвалидности детского населения. К 2022 г. она повысилась до 24,0 на 1000 человек и, судя по данным за первые четыре месяца 2023 г., продолжит расти, несмотря на незначительное снижение за 2022 г.

Наряду с понятием «ребенок-инвалид» выделяют категорию «дети с ограниченными возможностями здоровья». Несмотря на схожесть, данные термины не тождественны. Дети с ограниченными возможностями здоровья и дети-инвалиды имеют разный правовой статус, и, как следствие, дети и их родители могут ожидать от государства и общества различных мер социальной и экономической поддержки.

Получение образования ребенком-инвалидом и лицом с ограниченными возможностями здоровья является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Факторы, приводящие к инвалидности

Все факторы, которые приводят к инвалидизации населения, в том числе детей, можно условно разделить на управляемые и неуправляемые. К первой группе будут относиться те процессы и явления, влияние которых на здоровье населения можно снизить или устранить благодаря принятию профилактических мер. Вторая группа факторов объединяет события и процессы, влияние которых сложно предотвратить. К примеру, несчастные случаи, природные катаклизмы, погодные аномалии, техногенные катастрофы.

Среди управляемых факторов также можно выделить подгруппы по источникам происхождения:

1) биологические: объединяют характеристики организма человека, которые могут повышать риск развития инвалидизирующих патологий (наследственные факторы, нарушения развития, перенесенные инфекционные заболевания);

2) инфраструктурные: особенности организации медицинского обслуживания населения, в том числе вопросы обеспеченности территорий медицинскими кадрами и доступности различных видов медицинской помощи;

3) социально-экономические: низкий социальный статус, который чаще всего сопровождается ограничениями в доступе к качественному лечению и медикаментам, а также к информации о факторах риска инвалидизирующих заболеваний; помимо этого, низкий статус сопряжен с дополнительными физическими нагрузками, вредными и опасными условиями труда, худшими характеристиками питания и проживания;

4) поведенческие: рискованное поведение (повышает вероятность травматизации и инфекционных заболеваний); саморазрушительные практики (злоупотребление алкоголем, курение); низкая медицинская активность (отказ от прививок, невыполнение медицинских назначений, несвоевременное обращение за медицинской помощью, отказ от профилактических посещений врачей);

5) экологические: воздействия загрязняющих веществ на организм человека, приводящие к развитию инвалидизирующих патологий у взрослого населения и у детей на внутриутробной стадии развития и в постнатальный период жизни.

Критерии установления категории «ребенок-инвалид»

Понятия «инвалид» и «лицо с ограниченными возможностями здоровья» близки по своему содержанию. Однако понятие «инвалид» – это медицинский термин, он выражает результат экспертной оценки состояния здоровья и жизнедеятельности человека, проведенной с применением специальной процедуры, определенной нормативными правовыми актами и зафиксированной в документе установленной формы (справка о признании лица инвалидом).

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость социальной защиты, включая реабилитацию.

Согласно Федеральному закону № 181 от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» *«инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты»*.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается гражданину в возрасте до 18 лет в зависимости от степени ограничений жизнедеятельности (ОЖД), обусловленной стойким расстройством функций организма, возникшим в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, на срок 1 год, 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 1013н от 23.12.2009 при комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяется четыре степени их выраженности:

- 1-я степень – незначительные нарушения;
- 2-я степень – умеренные нарушения;
- 3-я степень – выраженные нарушения;
- 4-я степень – значительно выраженные нарушения.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к ориентации, способность к общению, способность к обучению, способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности.

Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты (пункт 11 Приказа № 1013н).

Таким образом, для установления ребенку категории «ребенок-инвалид» требуется объективно доказать наличие у него заболевания (последствие травмы или дефекта), приводящего к стойкому умеренному (выраженному или значительно выраженному) нарушению функций организма, сопровождающего ОЖД хотя бы по одной категории.

В педиатрической практике успешно применяется оценка состояния здоровья детей в виде градации уровня здоровья. В современном виде она представлена в приказе Минздрава России «О комплексной оценке состояния здоровья детей» № 621 от 30.12.2003.

К 1-й группе здоровья относят практически здоровых детей; ко 2-й группе – детей с функциональными нарушениями без четко очерченной хронической патологии – состояние предболезни (функциональное расстройство желудка, гипертрофия небных миндалин, часто болеющие дети и др.); к 3-й – дети с хронической патологией в стадии ремиссии и компенсации; к 4-й – пациенты с хроническими вялотекущими заболеваниями с редкими обострениями и субкомпенсацией; к 5-й – дети с хронической декомпенсированной патологией и частыми обострениями, т.е. дети-инвалиды.

Для того, чтобы установить категорию «ребенок-инвалид», необходимо доказать, что ребенок относится к 5-й группе здоровья.

В случае, когда дают статус нетрудоспособного человека несовершеннолетнему больному, его категория называется «ребенок-инвалид». Лиц старше 18 лет разделяют на три основные группы инвалидности: I, II или III.

Порядок оформления инвалидности

Порядок оформления инвалидности регламентирован правилами, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (далее – Правила).

В силу п. 2 Правил признание гражданина инвалидом возможно только на основании заключения медико-социальной экспертизы.

Выделяют следующие этапы оформления инвалидности:

1. Для оформления инвалидности необходимо обратиться к педиатру в поликлинику, в которой наблюдается ребенок, за направлением на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ). Специалисты поликлиники дают врачебное заключение о состоянии здоровья пациента.

2. Обследование в психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) по месту жительства (иногородние – ЦПМПК) с целью определения социальных, психологических, интеллектуальных, физических ограничений здоровья и определения необходимости создания специальных условий получения образования.

Перечень документов в ПМПК:

- паспорт или другой документ, удостоверяющий личность; гражданам с 14 лет – паспорт (для лиц до 14 лет – свидетельство о рождении и паспорт одного из родителей или опекуна);

- медицинские документы (амбулаторная карта, выписки из стационаров, R-снимки и т.д.);

- выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

- характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций);

- письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;

- справка об инвалидности при повторном освидетельствовании;

- индивидуальная программа реабилитации / абилитации инвалида (ИПРА) с отметками об ее выполнении при повторном освидетельствовании.

3. Сбор документов, которые необходимо представить в бюро МСЭ согласно Административному регламенту (пп. 28, 31, 34–37), утвержденному приказом Минтруда России № 59н от 29.01.2014 (зарегистрировано в Минюсте России № 32943 02.06.2014).

Перечень документов для определения группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»):

- заявление гражданина (или его законного представителя);

- паспорт или другой документ, удостоверяющий личность; гражданам с 14 лет – паспорт (для лиц до 14 лет: свидетельство о рождении и паспорт одного из родителей или опекуна);

- СНИЛС ребенка;

– направление на медико-социальную экспертизу лечебного учреждения (форма 088/у-06) или справка врачебной комиссии в случаях отказа в направлении гражданина на МСЭ, или Определение суда;

– медицинские документы (амбулаторная карта, выписки из стационаров, Р-снимки и т.д.);

– копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров для работающих граждан (оригинал трудовой книжки для неработающих граждан);

– документы об образовании (при наличии);

– характеристика с места работы или учебы (для учащихся, студентов);

– справка об инвалидности при повторном освидетельствовании;

– индивидуальная программа реабилитации / абилитации инвалида (ИПРА) с отметками об ее выполнении при повторном освидетельствовании.

4. Прохождение комиссии в бюро МСЭ.

Процедура прохождения МСЭ есть не что иное, как медицинское обследование с участием всех необходимых специалистов.

Результат МСЭ предполагает два варианта:

1) признание инвалидом с выдачей справки, в которой будут указаны группа инвалидности, основания ее присвоения и дата проведения следующей МСЭ;

2) отказ в признании инвалидом (по желанию пациента может быть предоставлена справка о результатах МСЭ).

5. Выдача индивидуальной программы реабилитации / абилитации (далее – ИПРА).

Индивидуальная программа реабилитации / абилитации – это разработанный на основе нормативно-правовых актов медико-социальной экспертизы документ, включающий комплекс оптимальных для человека с инвалидностью реабилитационных мероприятий.

Разделы карты ИПРА:

1. Мероприятия медицинской реабилитации / абилитации:

– восстановительная терапия;

– реконструктивная хирургия;

– протезирование и ортезирование;

– санаторно-курортное лечение неработающих инвалидов.

2. Мероприятия профессиональной реабилитации / абилитации:

- профессиональная ориентация;
- профессиональное обучение/переобучение;
- содействие в трудоустройстве;
- производственная адаптация.

3. Мероприятия социальной реабилитации / абилитации:

- социально-средовая реабилитация и абилитация;
- социально-педагогическая реабилитация;
- социально-психологическая реабилитация;
- социокультурная реабилитация;
- социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт.

В новой форме индивидуальной программы реабилитации / абилитации, которая вступила в силу 1 января 2016 г., добавлены разделы:

4. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом (выделен отдельно от социальной реабилитации).

5. Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР), предоставляемые человеку с инвалидностью за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации и других источников.

6. Виды помощи, оказываемые человеку с инвалидностью в преодолении барьеров.

Программа психолого-педагогической реабилитации для детей до 18 лет включает следующие мероприятия:

- рекомендации по условиям организации обучения;
- психологическую помощь, оказываемую в образовательной организации;
- профессиональную ориентацию, оказываемую в образовательной организации.

Таким образом, карта ИПРА включает несколько разделов. В каждом прописываются необходимые мероприятия, услуги, необходимые человеку с инвалидностью для реабилитации, а также технические средства реабилитации. Напротив каждой отметки о нуждаемости/ненуждаемости – место для внесения сведений об исполнителях и о сроках выполнения программ. В конце карты ИПРА есть место для подписи самого человека с инвалидностью и для оценки результатов реабилитации в целом.

Причины ОВЗ у детей

Ограниченные возможности здоровья (ОВЗ) могут быть вызваны причинами, которые можно условно разделить на три группы: врожденные, приобретенные и социальные.

Врожденные причины связаны с наследственностью, генетикой или воздействием неблагоприятных факторов на плод во время беременности. Сюда относят:

- хромосомные аномалии (например, синдром Дауна, синдром Тернера);
- генетические заболевания (например, фенилкетонурия, цистический фиброз, гемофилия);
- инфекционные заболевания матери во время беременности (например, краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус);
- токсическое воздействие на плод алкоголя, наркотиков, лекарств, радиации;
- недостаток кислорода или питательных веществ у плода;
- травмы или пороки развития плода.

Приобретенные причины связаны с повреждением или заболеванием органов и систем организма после рождения. Сюда относят:

- инфекционные заболевания (например, менингит, полиомиелит, энцефалит);
- травматические повреждения головного мозга, позвоночника или конечностей;
- опухоли головного мозга или других органов;
- эндокринные нарушения (например, сахарный диабет, гипотиреоз);
- иммунные нарушения (например, аутоиммунные заболевания, аллергии);
- хронические заболевания сердца, легких, почек или других органов.

Социальные причины связаны с неблагоприятными условиями жизни, воспитания или обучения. К ним относятся:

- недостаток эмоциональной поддержки или любви со стороны родителей или близких;
- насилие, избиение или злоупотребление со стороны родителей или близких;
- недостаток качественного обучения;
- дискриминация, изоляция или стигматизация ребенка по какому-либо признаку.

Классификация детей с ОВЗ

Для медицинской, социальной и педагогической реабилитации детей с ОВЗ выделяется несколько сфер, в которых возможны нарушения:

– **дефекты слуха** – это дети глухие или слабослышащие. Данный вид ОВЗ имеет сенсорный характер, ребенок не может познавать мир и воспринимать информацию посредством слушания. Отсутствие общения с другими людьми в детстве приводит к невозможности воспроизведения речи. Эти дети, как правило, являются глухонемыми;

– **нарушение зрения** – в этой группе дети слепые или слабовидящие. Это также дефект по сенсорному типу. Зрение не используется для ориентирования и познавательной деятельности;

– **тяжелые дефекты речи**. Неразвитая разговорная функция мешает коммуникациям, ограничивает познавательные возможности. Ребенок элементарно не в состоянии задать интересующий его вопрос. Это дети немые от рождения либо с невнятной, непонятной окружающим речью;

– среди заболеваний ОВЗ часто встречаются **нарушения опорно-двигательных функций**. Причина нарушений кроется в поражении тех областей коры головного мозга, которые отвечают за возможности движения. Ребенок не в состоянии ходить, иногда даже сидеть, у него отсутствует координация движения и т.д.;

– **задержка психического развития**. Состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется, прежде всего, снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического заболевания;

– **дефекты эмоционально-волевой сферы**. Ребенок не может общаться с другими людьми, у него полностью парализована коммуникативная функция, социальные навыки не прививаются.

Дети с ограниченными возможностями здоровья могут иметь сочетанные диагнозы, т.е. заболевания из разных видов приведенной классификации. К примеру, ребенок с ДЦП одновременно является слабовидящим.

Психологические особенности ребенка с ОВЗ

Психологические особенности ребенка с ОВЗ зависят от вида заболевания и его личных психических характеристик.

Вместе с тем таким детям в разной степени присущи следующие характерные черты:

- низкий уровень информированности об окружающем мире в связи с ограничениями в познании;
- рассеянное внимание, отсутствие способности к концентрации. Это происходит из-за низкой интеллектуальной активности;
- недостаточность навыков самоконтроля, отсутствие интереса к обучению;
- ограниченный объем памяти, запоминание чаще кратковременное и поверхностное;
- минимальная мотивация к познавательной деятельности;
- низкая игровая активность. Перечень игр скудный, сюжеты однотипные и банальные;
- очень низкая работоспособность ввиду общей ослабленности организма. Ребенок с ОВЗ быстро устает и нуждается в отдыхе, повышенная утомляемость;
- отсутствие «смышлености», низкая скорость обработки поступающей информации;
- инфантилизм, т.е. отставание в развитии от своих сверстников, несоответствие характеристик эмоционально-волевой сферы действительному возрасту;
- неразвитость крупной и мелкой моторики.

Дети с ограниченными возможностями здоровья обладают повышенной тревожностью и раздражительностью. Они впечатлительны, реагируют на малейшие изменения тона голоса, обидчивы, плаксивы и беспокойны. В ряде случаев наблюдаются сильная возбудимость, агрессивное поведение.

Критерии установления категории «ребенок с ограниченными возможностями здоровья»

«Ребенок с ограниченными возможностями здоровья» – термин педагогический. Закон «Об образовании в РФ» № 273 от 29.12.2012 трактует его так: «*Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья* – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и / или психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий» (ст. 2, п. 16).

Понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья (с ОВЗ)» более широкое и общее, включающее не только лиц, имеющих статус инвалида, но и граждан с ограничениями, которые не всегда устанавливаются специалистами в области медицины.

Это значит, что не все дети, имеющие медицинский диагноз, попадают в группу детей с ОВЗ, а только те, кто нуждается в специальных условиях для получения образования обучающимися с ОВЗ.

Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ОВЗ понимаются условия обучения, воспитания и развития, включающие (ст. 79 ФЗ «Об образовании РФ»):

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания;
- использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов (предоставляются бесплатно, ст. 79, ч. 11);
- использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь;
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий;
- обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность;
- другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (например, ПМПК могут включать рекомендации для ребенка с нарушенным слухом);
- перечень необходимых специалистов и направления их деятельности (например, необходимость занятий с сурдопедагогом по формированию необходимых учебных навыков; занятий с учителем-логопедом по развитию коммуникативной функции речи, понимание речи, коррекции специфических нарушений устной и письменной речи; занятий с педагогом-психологом по формированию коммуникативных навыков, навыков социального функционирования для ребенка с нарушенным слухом);
- перечень необходимого оборудования (например, использование беспроводных систем (FM-системы) – средств для улучшения разборчивости речи в сложных акустических ситуациях для индивидуальной и групповой работы в классе для ребенка с нарушенным слухом);
- перечень по разработке для его обучения адаптированной образовательной программы.

Статус «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» определяет психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК),

которая в соответствии с Положением о ПМПК осуществляет свои функции исключительно в отношении несовершеннолетних (ст. 2 ФЗ «Об образовании в РФ»).

Согласно п. 14 Положения о ПМПК (утв. приказом Минобрнауки России № 1082 от 20.09.2013) обследование детей осуществляется в ПМПК по направлению образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей). Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Для подтверждения того, что совершеннолетний гражданин является обучающимся с ОВЗ и нуждается в создании специальных условий для обучения, можно рекомендовать образовательным организациям, реализующим образовательные программы профессионального обучения, руководствоваться теми заключениями ПМПК, которые были выданы гражданам ранее достижения возраста 18 лет. Фактически таким подтверждением является документ, свидетельствующий об обучении по общеобразовательной программе, адаптированной для обучающихся с ОВЗ (например, свидетельство об обучении в школе VIII вида).

Необходимо помнить, что статус может быть изменен, если у ребенка наблюдается положительная динамика в результате оказанной психолого-педагогической помощи.

Что дает статус «ребенок с ограниченными возможностями здоровья»?

Статус «ребенок с ОВЗ» имеет для детей значительные бонусы в системе образования:

- *право* на бесплатные коррекционно-развивающие занятия с логопедом, психологом, специальным педагогом в условиях образовательной организации;

- *право* на особый подход со стороны обучающихся педагогов, которые должны учитывать психофизические особенности ребенка, в том числе индивидуально-ориентированную систему оценивания;

- по окончании 9-го, 11-го класса *право* на выбор традиционной формы сдачи государственной итоговой аттестации (государственный выпускной экзамен) или в форме основного государственного экзамена (тестовые задания);

- *право* на бесплатное питание в образовательной организации;

– к детям группы ОВЗ не применяются меры дисциплинарного взыскания на протяжении всего периода обучения.

Заключение

Дети с ограниченными возможностями здоровья не всегда являются инвалидами, хотя эти два понятия связаны и пересекаются между собой. Ребенок может быть признан инвалидом, если имеет стойкие хронические нарушения здоровья, длительно препятствующие возможности нормальной жизнедеятельности. Таким образом, инвалид – более узкое понятие. Статус ребенка-инвалида дает право на получение специальных социальных выплат и гарантий.

Следовательно, дети с ОВЗ одновременно могут иметь инвалидность, однако дети-инвалиды не могут быть причислены к категории детей с ОВЗ.

Понимать, в чем отличие детей с ОВЗ и детей-инвалидов, важно для исправления несовершенства образовательной системы, согласно которой дошкольники с ОВЗ обучаются в специальных коррекционных группах в дошкольных образовательных учреждениях, а дети с инвалидностью – преимущественно в рядовых детских садах и группах либо предпочитают домашнее обучение.

Несмотря на широкую сеть организаций по реабилитации детей, сохраняется необходимость проведения изысканий по разработке и внедрению более эффективных мер реабилитации детей с нарушениями здоровья, а также расширение мер социальной поддержки детей с целью повышения качества их интеграции в социально-экономическую жизнь общества (прил. А–В).

Глава 5. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Подготовка к приему ребенка с нарушениями ментального здоровья в детской поликлинике состоит из четырех этапов:

- 1) организационный;
- 2) подготовительный;
- 3) основной;
- 4) заключительный.

Организационный этап включает подготовку условий в детской поликлинике, которые необходимы для успешного приема детей с ментальными нарушениями:

1. Закрепить специалистов-«кураторов», отвечающих за сопровождение «особенных семей», воспитывающих детей с ментальными нарушениями.

2. Информировать специалистов по оказанию «неспецифичной помощи» в работе с семьями, в рамках своей компетенции.

3. Обустроить специализированное небольшое помещение – «комнату тишины», или индивидуальное пространство – «угол», для благоприятного времяпрепровождения. Для этих целей рекомендуется предусмотреть на первом этаже поликлиники наличие «архитектурной среды» – специализированной комнаты, которая может носить название: «комната для релаксации», «игровая комната», «комната тишины», «двигательная зона» либо «кабинет психологической разгрузки и сенсорной терапии для комплексной реабилитации детей».

Данное пространство должно быть оснащено специальным оборудованием, укомплектованным в зависимости от возраста и предпочтений ребенка:

– оборудование для игровой комнаты и двигательной зоны (ширма, мягкие маты и модули, стеллажи с книгами, игровой уголок, наборы игр);

– оборудование для комнаты релаксации (мягкая мебель, ковровое покрытие, аквариум, аудиооборудование (с набором дисков музыкальных и звуков природы);

– оборудование для места ожидания (стол, кресла, специальная литература, оборудование для просмотра тематических фильмов,

стенды с опорными материалами (правила поведения в больнице, в виде визуального расписания));

– дополнительно можно включить в список: интерактивные песочницы, оборудование для сенсорной интеграции (гамаки, балансиры, интерактивный сухой бассейн), фиброоптическое и сенсорное оборудование и многое другое.

4. Обеспечить доступную маршрутизацию пациентов, утвержденную руководством детской поликлиники и оформленную внутренним приказом (наличие дополнительного «окна» в регистратуре, безочередная система приема, наличие навигации по поликлинике, включая доступные указатели).

5. Обеспечить сотрудников специализированной «яркой» одеждой и необходимым досуговым инвентарем.

6. Организовать «безопасную» среду и убрать ценные для учреждения вещи.

7. Подготовить визуальное расписание, социальную историю с последующим размещением в местах, где будет находиться ребенок, включая туалет. Необходимо дополнительно предусмотреть и предоставить наглядную информацию для родителей по запросу.

8. Необходимо сделать стимульный материал для многоразового пользования, отвечающий требованиям СанПин обработки (например, заламинировать карточки / пособия).

9. В случаях длительного посещения учреждения предусмотреть обеспечение конструктивным досугом и средством передвижений.

10. Подготовить видеомоделинг процедур.

Следующий этап (подготовительный) позволяет подготовить специалиста к приему конкретного пациента, используя для этого все, что было сделано на предыдущем организационном этапе.

Получить наиболее полную информацию о пациенте можно с помощью дистанционного интервью:

1. В случае если медицинское учреждение знает о ближайшем приеме такого пациента, необходимо накануне приема позвонить родителям или законным представителям, в зависимости от того, кто будет сопровождать ребенка, и провести ознакомительное дистанционное интервью.

Рекомендуемый перечень вопросов для ознакомительного дистанционного интервью с целью организации последующего приема:

- Знает собственное имя / Откликается на имя и как обращаться к ребенку.
- Реагирует на просьбы «да» / «нет» или «стоп».
- Может выполнять некоторые команды и какие?
- Может сказать одно слово / доступна фразовая речь.
- Избегает или поддерживает контакты (включая зрительный) с окружающими.
- Имитация (действует по подражанию) присутствует / отсутствует.
- Любит / Не любит прикосновений / объятий.
- Испытывает приступы гнева, раздражительности.
- Реагирует на похвалу.
- Смотрит на картинки (и телевизор).
- Понимает объяснения / инструкции.
- Гиперактивность / постоянная возбужденность.
- Ломает и разбрасывает все вокруг.
- Открывает шкафы, заглядывает в тумбочки.
- Чувствительность к звукам / свету / запахам.
- Тревожность / страх.
- Наблюдаются ли припадки (истерические).
- Присутствует вокализация (вопли / крики).
- Уровень чувствительности к боли.
- Повторяющиеся движения.
- Наличие речевых стереотипий.
- Умеет ли ребенок сообщать о боли и ее локализации.

2. В ходе беседы провести инструктаж и согласовать план маршрута по больнице, а также дать рекомендации по подготовке к медицинской процедуре.

3. Ознакомить медицинского работника о результатах дистанционного интервью и определиться с тактикой последующих действий в день приема.

Основной этап выполняется непосредственно перед приемом и во время приема и включает следующие правила:

1. Перед приемом и посещением врача необходимо обязательно посетить и показать ребенку местонахождение туалета.

2. Предоставить ребенку стимульный материал в форме «визуальной линейки подсказки и жетонной поддержки».

3. Полное сопровождение семьи и ребенка с ментальными нарушениями в поликлинике.

4. Прохождение процедуры обследования с активным подкреплением успешных действий обследуемого.

Заключительный этап выполняется после приема и позволяет повысить комплаентность пациента и его родителей, снизить тревожность ребенка, установить доверительные отношения между специалистом и пациентом при дальнейших посещениях поликлиники. Данный этап состоит из трех правил:

1. Поощрение ребенка.
2. Посещение «комнаты тишины» или индивидуального пространства.
3. Сопровождение семьи и ребенка до выхода из медицинского учреждения.

Кроме организации специальных условий в детской поликлинике, существуют также требования к медицинским работникам медицинского учреждения, необходимые для работы с такими пациентами.

В качестве сопровождающего могут быть назначены медицинский регистратор, социальный работник / педагог, психолог, тьютер, игровой педагог или медицинская сестра.

Специалисту, сопровождающему семью, необходимо иметь с собой специализированную сумку, в которой должны находиться:

- средства первой необходимости (влажные и бумажные салфетки);
- досуговый инвентарь, фиджеты (антистресс);
- подкрепление для ребенка, которое заранее обговорено с родителями.

Сопровождающему следует обеспечить доступ к лицу, по возможности не использовать маску. Не стоит забывать про свежесть воздуха в помещении, где ведется прием.

Медицинскому работнику следует отойти от образа, который пугает «маленьких» пациентов, и использовать правильную медицинскую одежду.

Для спецодежды выбирают ткань с цветным принтом, с рисунками, вышивками и прочим декором. В такой одежде медицинский работник меньше всего напоминает «дядю» или «тетю», от вида которых ребенок получает испуг. Образ, нисколько не похожий на привычный, помогает расположить ребенка к себе. Еще одна маленькая хитрость – присутствие на одежде врача пуговиц, молний и других ярких элементов. По возможности в одежде избегать белый цвет

либо дополнить образ медицинского работника яркими атрибутами (ободок, мишура и т.д.).

Врачу необходимо предусмотреть заранее анкету/опросник для родителя об актуальном состоянии здоровья ребенка на момент обследования в рамках своей компетенции, с целью экономии времени приема и сохранения информации на бумажном носителе.

Врачу или медицинской сестре, исходя из видов медицинской деятельности, необходимо заранее поделить манипуляцию на этапы, после выполнения которых будет осуществляться подкрепление ребенка, например жетонами.

Любой медицинский работник детской поликлиники должен придерживаться следующих принципов работы с детьми, имеющими нарушения ментального здоровья:

- Лояльность. Принимайте ребенка таким, какой он есть, не пытайтесь изменить его.
- Последовательность. Соблюдайте ежедневные ритуалы и правила.
- Чуткость. Научитесь улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребенка.
- Сдержанность. Не повышайте голос и избегайте громких звуков, шума.
- Лаконичность. Давайте инструкции ребенку кратко и четко, используйте в речи преимущественно «глаголы».
- Наглядность. Используйте визуальное расписание и под-сказки.
- Коммуникация. Взаимодействуйте с родителями и специалистами.

Для медицинских работников существуют общие правила, которые необходимо помнить во время приема.

Ребенок может взять с собой на прием любимую игрушку, это позволит снизить уровень тревожности во время приема и его ожидания.

Перед приходом в больницу накануне важно последовательно разъяснить ребенку, как будет проходить прием. Например: «Заходим в больницу», «Здороваемся», «Находим гардероб», «Раздеваемся», «Сдаем одежду», «Получаем бирку», «Подходим к регистратуре», «Называем ФИО», «Берем карточку», «Заходим в кабинет», далее перечисляете манипуляции и т.д., стоит помнить про поощрение, которое будет ожидать ребенка после прохождения процедуры.

Наличие чрезмерных сенсорных стимулов (зрительное ощущение, звуки, запахи) может вызвать сенсорную перегрузку, будьте готовы к этому.

Сократите период ожидания, насколько это возможно, учитывая тот факт, что даже нахождение в шумном заполненном людьми коридоре может спровоцировать приступ острой тревоги; если вы наблюдаете, что ребенку дискомфортно, то лучше проводить его в тихую комнату.

Заранее спросите о том, что ребенок любит и каким способом общения он может пользоваться, например, блокнотом и карандашом, картинками, жестами или коммуникатором.

Не забывайте о навигации и маршрутизации в рамках учреждения.

Учитывайте предыдущий опыт визита в больницу с целью определения эффективных методов работы с ребенком, чтобы свести к минимуму тревожность.

Помните, что некоторых детей привлекают блестящие предметы и они могут брать или неожиданно схватить ваши инструменты либо личные вещи.

Позвольте родственникам сопровождать ребенка вне зависимости от его возраста и состояния на протяжении длительности всего лечебного процесса.

«Репетируйте» прием не только в стенах учреждения, но и дома, с обязательным использованием карточек последовательностей/социальных историй. Не забывайте четко придерживаться последовательности, так как внезапное изменение действий и порядка в процессе процедуры может выбить ребенка из колеи.

Задействуйте дополнительные возможности, которые имеются в распоряжении больницы. Так, некоторые отделения скорой помощи нанимают игрового терапевта, в обязанности которого входит привлечение внимания ребенка во время процедуры.

Помните, что родители детей с ментальными нарушениями испытывают огромный стресс в повседневной жизни. Контролируйте уровень стресса родителей и относитесь с уважением к ним.

Будьте готовы провести осмотр на полу или в не совсем комфортных условиях для вас, но комфортных для ребенка, будьте мобильны и предприимчивы.

Старайтесь перейти на привычный для пациента уровень общения: хвалите и подбадривайте его; используете успокаивающие движения (поглаживания, покачивания); оставляйте пациента, если он

этого требует, на максимально комфортной ему дистанции, помните о личном пространстве.

Важно помнить, что дистанция, на которой происходит коммуникация, может облегчать или затруднять общение. Расстояние между партнерами само по себе является невербальным коммуникационным средством. В психологическом пространстве человека можно условно выделить четыре зоны: интимную, личную, социальную и публичную.

Интимная зона (менее 45 см). Любой человек чувствует себя комфортно, общаясь с собеседником, находящимся внутри этой зоны, при условии доверия и хорошего к нему отношения. Если мы вторгнемся в интимную зону собеседника в то время, когда у нас еще не сложились близкие доверительные отношения, он будет чувствовать неловкость, что может помешать искренней и конструктивной беседе.

Личная зона (45–120 см). На этой дистанции проводится консультирование, ведутся деловые разговоры, дружеские встречи. При более близком знакомстве, по мере роста доверительности расстояние может постепенно уменьшаться. Наоборот, увеличение дистанции демонстрирует негативные эмоции, напряжение, тревогу. Таким образом, регулируя расстояние до пациента, можно демонстрировать ему свое отношение и тем самым поощрять его быть более открытым.

Социальная зона (1,2–3,5 м). Это оптимальное расстояние для ситуаций формального общения с незнакомыми людьми или с небольшой группой людей.

Публичная зона (более 3,5 м). На этом расстоянии обычно происходят контакты с большой группой людей: лекции, собрания, чтение докладов и т.д.

Принимая во внимание эти закономерности, можно поощрять ребенка к разговору, изначально устанавливая межличностную дистанцию таким образом, чтобы создать для него максимально комфортные условия. В процессе разговора можно изменять это расстояние, поощряя его быть более открытым.

Будьте готовы к минимальному контакту со стороны пациента, в случае, если это возможно, позвольте пациенту прикоснуться к медицинским приборам или подержать их в руках.

Если пациент взрослый, помните, что он может быть не способен воспринимать прямые вопросы или давать осознанное согласие на лечение.

Используйте поощрение в виде похвалы и одобрения.

Игнорируйте действия, которые выглядят несколько необычно, например, непривычное движение тела, неожиданные голосовые сигналы, неуместные слова или комментарии.

Используйте видеомоделинг. Данный метод эффективный и простой, его можно применять для обучения ребенка самым разным навыкам. Суть метода заключается в том, что ребенку накануне процедуры показывают короткое видео, моделирующее правильное поведение в конкретной ситуации. Пример: видеомоделинг «Процедура ЭЭГ» центра медицинской и педагогической коррекции «Открытый мир» на канале YouTube.

Знание данных правил поможет быстрее установить контакт с ребенком, а также избежать нежелательного поведения пациента.

Нежелательное поведение пациента детского возраста с нарушениями ментального здоровья при посещении поликлиники

Если ребенок испытывает затруднения в посещении больниц, новых мест, в ожидании, в том числе приема врача, то большая вероятность того, что у ребенка может возникнуть нежелательное поведение: вокализации (крик), усиление двигательной активности.

На приеме при осмотре дополнительно могут возникнуть агрессивные и аутоагрессивные действия – «щипание», «битие головой», «убегание», «покусывание», ребенок может начать «плевать», «харкаться».

Если родитель знает, что такая ситуация неизбежна, рекомендуется сразу предоставить ребенку «досуговый мешок». Необходимо учитывать принцип «Занятые руки»: предложить ребенку досуговый инвентарь, фиджеты (антистресс), карточки, небольшие детали, конструктор, с последующим подкреплением для ребенка, конечно, заранее обговорив с родителями.

Как правило, ребенок своим поведением хочет привлечь внимание, потому что ему скучно сидеть, ждать; также он может кричать не потому, что чего-то хочет, а просто ему нравится кричать. Само ощущение крика вызывает приятные чувства у ребенка. Здесь рекомендуется использовать технику «хлопок», необходимо «отхлопывать» ребенка с одинаковой частотой ритма до момента его полного успокоения.

В случае если ребенок кусается, необходимо двумя пальцами открыть ему рот и при полном открытии сказать: «Мне больно». Здесь стоит учитывать возраст ребенка, так как техника хорошо подходит для возраста 5 лет.

Если у ребенка истерика, не рекомендуется вступать с ним в вербальный диалог, так как большая вероятность, что он вас не услышит и адекватно не воспримет. Необходимо принимать его глазами, «отзеркаливать» чувства и эмоциональное состояние.

Если ребенок бьется головой, необходимо обезопасить его, например, положить руку на голову; если он дерется, то просто зафиксировать, используя технику «Захват», где необходимо подойти со спины и зажать в области груди двумя руками.

Цель психологической помощи – максимально снизить свое внимание и осуществить перевод нежелательного поведения в продуктивное. Лучше всего обезопасить пространство и максимально реагировать взрослому после того, как ребенок успокоился, тем самым подкрепив «положительное поведение». Например: предоставить ребенку «словесное подкрепление» – «Ты молодец! СНАЧАЛА – к врачу, ПОТОМ – на качели».

Алгоритм действий сопровождающего в критической ситуации, в случае сенсорной перегрузки или нежелательного поведения ребенка

1. Отведите ребенка в тихое и знакомое ему помещение.
2. Предложите перейти в другое место присутствующих людей, если ребенок отказывается идти.
3. Обеспечьте тишину ребенку.
4. Отвлеките ребенка на занятие, игры, значимые для него, которые обычно могут его успокоить.
5. Сообщите родителю и пригласите врача.

Глава 6. СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Литературный обзор посвящен вопросам специфики организации обучения пациентов в медицинской сфере. Он представляет собой основную информацию о методах и особенностях работы с пациентами во время приема и после. При изучении данной темы оказалось недостаточно русскоязычных источников информации, поэтому мы воспользовались анализом англоязычных исследований. Они оказались более полными и узконаправленными.

Таким образом, исследовано 32 работы о специфике организации обучения медицинских пациентов, где говорится о том, что во время приема врач может недооценить важность грамотно выстроенной коммуникации с пациентом, например, из-за банальной нехватки времени. Это в свою очередь лишает медработника возможности передать опыт и обучить больного ребенка или его законных представителей. Между тем общее состояние здоровья и благополучия пациентов зависит от их осведомленности о рисках, последствиях вредных привычек, от их умения заботиться о своем здоровье. Медицинское образование пациента может способствовать трансформации всего тела, что должно сделать его неотъемлемой частью каждого приема.

При повышении уровня осведомленности пациентов в сфере медицины были выявлены клинические преимущества в исследованиях изменений образа жизни при широком спектре заболеваний: диабете, ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и ревматоидном артрите, аутизме.

Независимо от того, насколько сильна связь между врачом и пациентом детского возраста, его (пациента) обучение может стать сложной задачей по множеству взаимосвязанных причин. Ребенок может чувствовать себя некомфортно, быть напуганным или неосведомленным, что может повлиять на то, как больной ребенок получит и реализует полученную от вас информацию. Несмотря на эти препятствия, существует множество других причин, по которым вам следует обратить внимание на обучение ваших пациентов во время приема и после.

В педиатрических учреждениях обучение пациентов можно определить как любую комбинацию запланированного обучения, призванного облегчить адаптацию поведения, благоприятного для

здоровья. Оно направлено как на пациентов, так и на взрослых, осуществляющих уход за ребенком. Кроме того, для укрепления здоровья детей необходимы пропаганда здорового образа жизни и санитарное просвещение на уровне сообществ и школ. Хотя обучение детей и их родителей является обычной частью педиатрической медицинской помощи, часто применяемые педагогические принципы по отношению к обучаемым являются неэффективными. Теория социального обучения Альберта Бандуры предлагает полезные конструкции, которые могут служить основой для разработки, внедрения и оценки обучения педиатрических пациентов. Эти конструкции фокусируют внимание на влиянии окружающей среды на учащегося ребенка, роли моделируемого поведения по отношению к его здоровью, а также на ключевых концепциях «самоэффективности», включая семейную и социальную поддержку [16].

Концепция «самоэффективности» [17] в своей традиционной форме включает дискуссию и обсуждение между пациентом детского возраста и врачом, но этого не всегда достаточно для понимания больным ребенком его состояния, рисков, связанных с заболеванием, и действий по минимизации осложнений. В таком случае повышение уровня самоконтроля пациентом-ребенком будет являться одним из способов воздействия на больного [18]. Также должны быть реализованы стратегии, направленные на устранение психологических барьеров между пациентом и лечащим врачом, между пациентом и его заболеванием. А. Бандура [18] отмечает, что попытки повлиять на поведение пациента детского возраста имеют ограниченную ценность, если им не хватает ресурсов и поддержки для достижения успеха. Ожидается, что пациенты детского возраста с высоким уровнем мотивации и самоконтроля при успешном сотрудничестве и обучении с лечащим врачом станут самостоятельными в лечении хронических заболеваний. Поэтому можно сказать, что повышение самоэффективности посредством обучения, самоконтроля и грамотно выстроенной коммуникации врача и пациента детского возраста и/или его законных представителей потенциально сможет стать способом повышения эффективности лечения. Также Ронкорни [19, 20] предложил выделить следующие способы повышения самоэффективности:

а) разбиение целевого поведения на более мелкие компоненты;

б) разработка плана, включающего конкретные стратегии поведения;

в) предоставление возможности пациентам детского возраста делать собственный выбор, основанный на их убеждении и уровне развития;

г) предоставление пациентам детского возраста последовательной и целенаправленной обратной связи [21].

Когда пациентами медицинских учреждений являются дети, то вся забота и ответственность за здоровье маленького пациента ложатся на родителя. В свою очередь обучение родителей таких больных является профессиональной обязанностью большинства специалистов системы здравоохранения, которые как педагоги предоставляют им информацию, необходимую для того, чтобы помочь взять на себя обязанность по уходу за детьми [22]. Практика обучения родителей предусматривает совместные процессы преподавания и обучения, создающие возможность для повышения медицинской грамотности и знаний родителей, формирование жизненных навыков, здоровых отношений и поддержки в изменении привычек и поведения [23]. Такая практика должна опираться на научно обоснованные «теории обучения», чтобы помочь родителям изучить и понять, «что, почему, когда и как» необходимо для ухода. Однако вместо того, чтобы помочь понять работнику здравоохранения «как люди учатся» в процессе обучения, литература по здравоохранению делает упор на «преподавательскую деятельность», которая обычно строится вокруг андрагогики или философии обучения взрослых как учащихся [24–27]. Термины «преподавание» и «обучение» имеют разные значения, медицинским работникам необходимо их различать [28]. Педагогика описывает стратегии, посредством которых информация целенаправленно передается учащемуся для достижения желаемых поведенческих результатов. На основе исследований в области педагогической психологии преподавание также называют «наукой об обучении» или «методами обучения», причем оба метода включают стратегии, позволяющие выявить индивидуальные информационные потребности учащегося, предпочтительные стили обучения и различные уровни грамотности [29].

Р. Майер [36] ввел термин «наука обучения», чтобы провести параллель между обучением и преподаванием. Обучение определяется как процесс, в ходе которого учащиеся приобретают знания и навыки, интерпретируют и переупорядочивают информацию,

приобретают новые способы осмысленного использования знаний, развивают навыки решения проблем и самостоятельного выполнения задач. Набор фундаментальных принципов обучения был разработан, чтобы помочь преподавателям, помогая учащимся, участвовать в процессе обучения [31, 32]. Затем исследователи в области здравоохранения признали актуальность следующих принципов обучения:

1) «внутренняя среда» обучающегося (например эмоции), восприятие, потребности, значения, актуальности, отношения и предыдущий опыт обучения должны приниматься во внимание при постановке достижимых, ориентированных на учащегося целей;

2) учащиеся должны получить фактические, концептуальные и практические знания, связать новые знания с существующими, обработать, организовать и хранить их;

3) навыки должны использоваться в социальной среде, учащийся должен получать обратную связь, быть мотивированным и заниматься саморефлексией [28].

Несмотря на то, что эти принципы преподавания и обучения четко определены в педагогической психологии, они не проникли в сферу здравоохранения. Вместо этого работники здравоохранения потерялись в избытке «основных принципов обучения взрослых» конкретных теоретиков, преимущественно М. С. Ноулза. Более того, избыток сложных теорий обучения с их сложными описаниями может помешать понять те самые принципы обучения, которые необходимо применять в любом учебном процессе. Хотя руководство из 10 принципов обучения было создано на основе работ М. С. Ноулза и других ранних исследований в этой области, обучению по оказанию помощи по уходу за ребенком в литературе уделяется очень мало внимания [32, 33].

Принципы обучения Р. Марцано, которые были включены в вышеупомянутое руководство для медсестер на дому, использовали многие принципы обучения, описанные Р. Ганье. Целью структуры Р. Марцано было улучшение понимания учителями элементов мыслительных процессов, которые являются важнейшими аспектами. Им преподаватели следуют в своей практике преподавания. В рамках этой структуры принципы обучения были разбиты на группы, причем каждая группа фокусировалась на одном из типов мышления, связанных с когнитивным обучением. Эта структура позволила преподавателям объединить мышление, связанное с метапознанием,

критическое и творческое мышление, процессы мышления, основные его навыки с тем, чтобы показать, как навыки мышления соотносятся с областью содержания. Другими словами, рамки структуры помогли преподавателям увидеть, что им нужно делать, чтобы помочь учащимся задуматься о мышлении в процессе обучения. Поэтому можно с уверенностью сказать, что следующие аспекты мышления важны для понимания того, как работникам здравоохранения обучать родителей самостоятельному контролю и поддержанию здоровья их детей:

1-й аспект. Отношения и представления должны отражать готовность, позитивное отношение к обучению, подверженное влиянию со стороны внутренних ситуаций (например эмоций). Необходимы безопасная среда обучения, видимая ценность, актуальность обучения и четко определенные цели и мотивация.

2-й аспект. Приобретение и интеграция знаний подразумевают понимание стратегий связывания новых знаний с существующими знаниями, организацию обработки и хранения знаний для последующего поиска и их использования, декларативные и практические знания, формирование и усваивание навыков для дальнейшего использования.

3-й аспект. Расширение и совершенствование знаний путем сравнения, классификации, проведения индукций, подведения итогов, анализа перспективы, исправления ошибок, применения рассуждений, обработки точек зрения, создания аналогии обратной связи.

4-й аспект. Применение знаний осмысленно предполагает принятие решений, разрешение проблем и анализ.

5-й аспект. Привычки ума [34], когда приобретенные навыки становятся «частью повседневной жизни». Учащиеся осваивают критическое, творческое, саморегулируемое мышление и действуют автономно.

В результате анализа научных данных представленных источников были выявлены следующие четыре основные темы, касающиеся восприятия и использования работниками здравоохранения принципов обучения:

1. Расходящиеся концептуализации обучения ведущих публикаций признавали важность получения родителями знаний, но авторы часто ограничивали свои описания термином «информация», при этом лишь немногие разъясняли разницу между «предоставлением информации» и последующей необходимостью родителей

обрабатывать, организовывать и воспроизводить ее. Или, наоборот, использовали термин «информационные потребности», чтобы четко описать «мобилизацию знаний» родителей, их уверенность, бдительность, способность применять лекарства и долгосрочные стратегии.

2. Разные ожидания от обучения. Различия ожиданий медицинских работников и родителей повлияло на восприятие и использование методов обучения. Треть включенных в обзор публикаций сообщила о различиях в ожиданиях нескольких групп.

3. Барьеры и факторы, способствующие использованию или осознанному неиспользованию принципов обучения на практике. Это культурные, психологические или партнерские барьеры.

4. Ограниченная оценка обучения [35]. В Кокрейновском обзоре «Препятствия увеличению использования медицинскими работниками совместно с пациентом метода принятия решений о лечении» изучались всевозможные техники изменения поведения. Эти техники были разделены на три целевых категории: вмешательства, нацеленные на пациентов детского возраста; вмешательства, направленные на медицинских работников; вмешательства, нацеленные как на пациентов, так и на медицинских работников. Были приняты различные стратегии, например, распространение печатных образовательных материалов, образовательные встречи, проверки и обратная связь, напоминания, образовательные визиты [36]. В данной области было произведено 87 исследований по внедрению техник изменения поведения. По результатам применения техники, направленные как на медицинского работника, так и на пациента, являются наиболее перспективными, чем те, которые направлены только на медицинского работника или только на пациента. Эти вмешательства могут иметь около девяти возможных «функций», определяемых как «широкая категория средств, с помощью которых вмешательство может изменить поведение» [37]. В то же время техника изменения поведения определяется как «активный компонент вмешательства, предназначенного для изменения поведения» [38, 39].

Было проведено исследование о выявлении результативных техник изменения поведения. В каждом отдельном вмешательстве было использовано не меньше 10 техник (рис. 1).

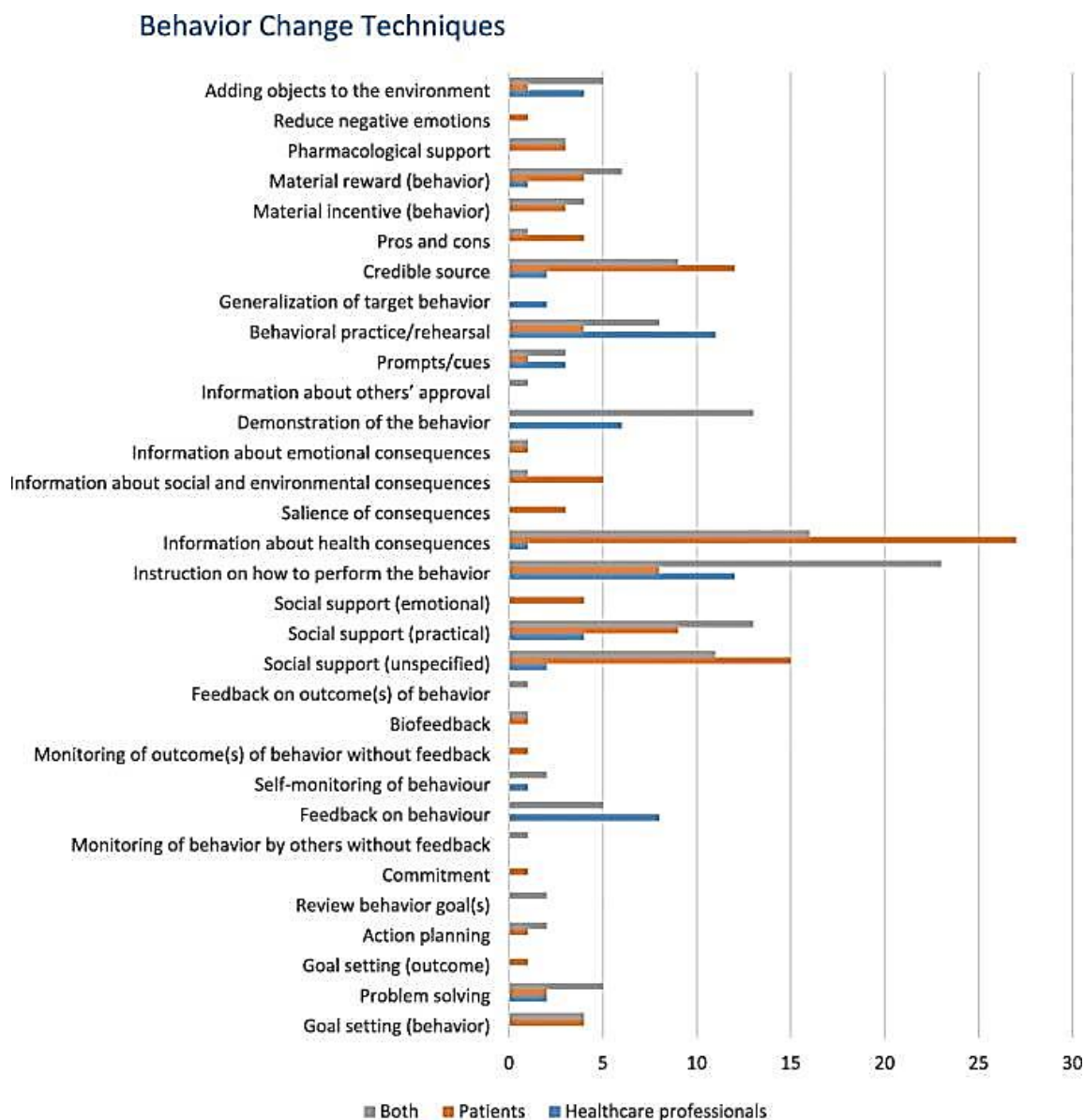


Рис. 1. Техники изменения поведения

Подводя итоги, можно сказать, что самым эффективным подходом к обучению пациента и медицинского работника признается комбинация техник изменения поведения: образование + обучение + + моделирование + содействие (восемь исследований с положительным эффектом против двух исследований без эффекта). Наименее эффективной комбинацией является образование + содействие (девять исследований без эффекта против одного) [39].

Имея более 4 млрд пользователей по всему миру с ежегодным прогнозируемым ростом в 7 % [40], Интернет стал главным средством и методом образования пациентов в сфере медицины. В частности, появление социальных сетей оказало наибольшее влияние на появление подобного контента. Такой контент и воздействие, оказываемое

на человека, отличаются по своим целям и отношению к здоровью. Интернет сильно поменял отношение людей к психическим расстройствам, физической активности и вакцинации. Социальные сети можно охарактеризовать как состоящие из «деятельности, практик и поведения сообщества людей, которые собираются в Интернете для обмена информацией, знаниями, мнениями, которые позволяют создавать и легко передавать контент в форме слова, изображения, видео и аудио» [41].

Взаимодействие между участниками интернет-мероприятий, несомненно, приводит к улучшению результатов по уходу за собой и своим здоровьем [42, 43]. В такой связи социальные сети и Интернет можно назвать методом изменения поведения, который состоит из «наблюдаемого, воспроизводимого и нередуцируемого компонента вмешательства, предназначенного для изменения или перенаправления причинных процессов, регулирующих поведение». Самыми эффективными методами в изменении поведения в социальных сетях можно назвать следующие техники:

- 1) постановка целей (обучения);
- 2) решение проблем методом диалога доктор – пациент;
- 3) планирование действий;
- 4) обратная связь (цели);
- 5) обратная связь (действия);
- 6) мониторинг самооэффективности;
- 7) теоретическая социальная поддержка;
- 8) практическая социальная поддержка;
- 9) информация о состоянии здоровья;
- 10) демонстрация;
- 11) сравнения;
- 12) подсказки;
- 13) достоверный источник.

Говоря об образовании пациентов, также стоит ввести такой термин, как «терапевтическое обучение пациента (ТОП)». Это структурированный лично ориентированный образовательный процесс, призванный помочь людям с хроническими заболеваниями самостоятельно контролировать состояние своего здоровья с опорой на собственные ресурсы и поддержку членов семьи или лиц, осуществляющих уход [6]. Такое обучение позволяет хроническим больным детского возраста развивать навыки самообслуживания и повседневные навыки в условиях ограничений, накладываемых

болезнью. Его преимуществами являются высокая приверженность лечению, меньшее количество осложнений, более высокое качество жизни и улучшение восприятия своего состояния. Также оно сокращает время пребывания пациента в лечебном учреждении и затраты на лечение. Данный метод широко используется для образования людей, дети которых имеют диабет, астму и заболевания сердца. К сожалению, стоит отметить нехватку обученных этому методу докторов. Большинство программ ТОП предлагают только обучение, но пренебрегают навыками, необходимыми в повседневной жизни. Некоторыми навыками самообслуживания бывает трудно овладеть, например, в случае неконтролируемой и тяжелой гипогликемии.

Большинство исследовательских работ на эту тему сфокусированы на клинических, биологических и экономических результатах и часто не позволяют оценить психосоциальные навыки или навыки преодоления трудностей, для чего пациенты детского возраста должны приобретать социальные и практические навыки.

Если бы обучение ТОП сочеталось с моделированием, пациентам детского возраста и их законным представителям было бы гораздо проще овладеть необходимыми навыками. Моделирование обеспечивает структурированную среду обучения, в которой пациенты могут научиться справляться с реальными словесными ситуациями и развивать свои навыки, не создавая этических, экономических и технических рисков. Моделирование повышает самоэффективность родителей, ухаживающих за детьми с диабетом, аутизмом, и детьми, пребывавшими в неонатальном отделении. И. А. Коулман [43] выступал за использование данного метода, поскольку он оказался успешным в программах обучения для медицинских работников, но Т. Лефевр и другие [44] считали, что моделирование в медицинском обучении может быть слишком сложным для пациентов детского возраста и может представлять трудности для мультиморбидных, малограмотных или «хрупких пациентов».

Стандартное ТОП включает несколько занятий, состоящих из следующих этапов:

- 1) этап инструктажа, на котором пациенты знакомятся с материалами, контекстом, конфиденциальностью, этическими правилами, инструкциями и ожиданиями от проводимого обучения. На данном этапе педагог (медицинская сестра или доктор) объясняет участвующим, что, прежде всего, им стоит воздержаться от осуждений и с пониманием относиться к каждому из участников процесса. Ребенок, участвующий в моделировании ситуации, должен быть

проинформирован о «сценарии», а также о том, что в случае отклонения от него доктор вмешается в обсуждение проблемы;

2) этап сценария. Преподаватель или тренер имитируют поведение пациента детского возраста в предложенной ситуации;

3) «разбор полетов». На этом этапе задействованы абсолютно все участники процесса обучения. Его основа – описание, анализ и обобщение.

После этого обучающимся и докторам было предложено пройти несколько опросников, показывающих эффективность метода моделирования при ТОП. Также ими были разработаны модели, которым они обучали своих пациентов из отделения диabetологии. С помощью них были выделены следующие навыки, в отношении которых моделирование является эффективным:

- 1) как справляться с необычными или редкими ситуациями;
- 2) как развить коммуникативный навык;
- 3) содействие интеграции новых технологий в самоконтроль заболевания;
- 4) развитие партнерских отношений между командой по оказанию помощи и пациентом детского возраста;
- 5) борьба со стрессом;
- 6) обучение коррективке лечения;
- 7) управление кризисом или чрезвычайной ситуацией;
- 8) повышение мотивации заботиться о себе.

Все пациенты, участвующие в исследовании, оценили свой опыт на 23/23, некоторые даже отметили, что подобное обучение позволило им изменить свое отношение к заболеванию и подход к его лечению. Преподаватели также отметили эффективность данного метода, хотя он оказался более стрессовым, чем ожидалось, и потребовал гораздо больше времени на проведение и подготовку, чем планировалось. Некоторые из докторов предположили, что этот метод можно использовать при работе с пациентами с физическими недостатками или с пациентами, не владеющими языком в результате психических отклонений [44].

Тесты на тему «МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ У ДЕТЕЙ»

1. Чрезвычайная замкнутость, стремление к одиночеству, сложности в эмоциональном общении с окружающими, задержка умственного развития, отклонения в развитии речи, эхолалии, стереотипии характерны...

- а) для синдрома Аспергера;
- б) раннего детского аутизма;
- в) гиперкинетического расстройства;
- г) синдрома Ландау – Клеффнера;
- д) изолированной задержки развития.

2. Чрезвычайная активность, подвижность, отвлекаемость, нарушение внимания, недостаток организованности и воли характерны...

- а) для синдрома Аспергера;
- б) изолированной задержки развития;
- в) гиперкинетического расстройства;
- г) раннего детского аутизма;
- д) синдрома Ландау – Клеффнера.

3. Умственная отсталость у больных с детским аутизмом регистрируется...

- а) всегда;
- б) часто;
- в) в половине случаев;
- г) редко;
- д) никогда.

4. Синдром Аспергера часто бывает ассоциирован...

- а) с бредом преследования;
- б) навязчивостями;
- в) эпилептическими припадками;
- г) умственной отсталостью;
- д) множественными гиперкинезами.

5. Гиперкинетическое расстройство чаще отмечается...

- а) у мальчиков;
- б) девочек;
- в) подростков;

- г) в зрелом возрасте;
- д) не зависит от возраста и пола.

6. Для лечения гиперкинетического расстройства чаще всего используют...

- а) нейролептики;
- б) антидепрессанты;
- в) ноотропы и психостимуляторы;
- г) бензодиазепины;
- д) антиконвульсанты.

7. Инфантилизму чаще всего сопутствует телосложение...

- а) пикническое;
- б) лептосомное;
- в) атлетическое;
- г) грацильное;
- д) астеническое.

8. Заикание может быть одним из проявлений...

- а) шизофрении;
- б) эпилепсии;
- в) аффективного расстройства;
- г) олигофрении;
- д) невроза.

9. Диагноз энуреза не ставят детям младше...

- а) 4 лет;
- б) 6 лет;
- в) 8 лет;
- г) 10 лет;
- д) 12 лет.

10. Тики обычно...

- а) усиливаются во сне;
- б) полностью амнезируются;
- в) подавляются усилием воли;
- г) исчезают во время стресса;
- д) прогрессируют в течение всей жизни.

11. Для синдрома Жилиа де ля Туретта характерно...

- а) аутизм;
- б) амбивалентность;
- в) произнесение бранных слов;
- г) речь «взахлеб»;
- д) навязчивое стремление к чистоте и порядку.

12. Фантазии в виде самооговоров, ложных признаний в преступлениях, рассказов о невероятных приключениях характерны для подростков с чертами...

- а) шизоидными;
- б) эпилептоидными;
- в) циклоидными;
- г) истерическими;
- д) психастеническими.

13. Шизофрения в детском возрасте чаще всего проявляется...

- а) галлюцинациями;
- б) систематизированным бредом;
- в) синдромом Кандинского – Клерамбо;
- г) атипичной депрессией;
- д) кататонической симптоматикой.

14. Почти все психические заболевания, начавшиеся в детском возрасте, приводят...

- а) к апатико-абулическому дефекту;
- б) кататоническому ступору;
- в) грубому расстройству памяти;
- г) задержке психического развития;
- д) ранней смерти.

15. Метаболизм психофармакологических средств у детей по сравнению со взрослыми...

- а) происходит быстрее;
- б) замедлен;
- в) существенно не отличается.

16. При назначении нейролептиков детям предпочтительно использовать...

- а) малые дозы мощных средств;
- б) малые дозы низкопотентных средств;
- в) большие дозы мощных средств;
- г) большие дозы низкопотентных средств.

17. Синдром Аспергера часто бывает ассоциирован...

- а) с бредом преследования;
- б) навязчивостями;
- в) эпилептическими припадками;
- г) умственной отсталостью.

18. Стремление к одиночеству, сложности в эмоциональном общении с окружающими, задержка умственного развития, отклонения в развитии речи, эхолалии, стереотипии характерны...

- а) для синдрома Аспергера;
- б) раннего детского аутизма;
- в) гиперкинетического расстройства;
- г) синдрома Ландау – Клеффнера.

19. Подвижность, отвлекаемость, нарушение внимания, недостаток организованности и воли характерны...

- а) для синдрома Аспергера;
- б) изолированной задержки развития;
- в) гиперкинетического расстройства;
- г) раннего детского аутизма.

20. Психические заболевания, начавшиеся в детском возрасте, приводят...

- а) к апатико-абулическому дефекту;
- б) кататоническому ступору;
- в) грубому расстройству памяти;
- г) задержке психического развития.

21. Обособление от окружающих, сравнение себя с другими – новообразования, характерные для кризиса...

- а) 3 лет;
- б) 6 лет;

- в) 7 лет;
- г) 13 лет.

22. Отчетливое выговаривание звуков называется...

- а) экспрессия;
- б) дикция;
- в) логика;
- г) интуиция.

23. Автором общепризнанной в нашей стране периодизации психического развития ребенка является...

- а) Л. С. Выготский;
- б) В. И. Слободчиков;
- в) Д. Б. Эльконин;
- г) П. П. Блонский.

24. Из перечисленных проективных рисуночных тестов не используются в работе с детьми 3–4 лет следующие:

- а) «Моя семья»;
- б) «Дом-дерево-человек»;
- в) «Рисунок человека»;
- г) «Несуществующее животное».

25. К «группе риска» относятся следующие категории детей (выберите несколько правильных ответов):

- а) дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью;
- б) одаренные дети;
- в) агрессивные дети;
- г) тревожные и застенчивые дети.

26. Основными блоками психокоррекционного комплекса не являются...

- а) диагностический;
- б) блок установления продуктивного контакта с клиентом;
- в) коррекционный;
- г) развивающий.

27. В группу арт-терапевтических не входят следующие методы:

- а) сказкотерапия;
- б) изотерапия;

- в) музыкотерапия;
- г) психогимнастика.

28. Для реализации в обычном дошкольном образовательном учреждении, не осуществляющем эксперимента или психолого-педагогического сопровождения детей, наиболее подходит следующая организационная модель работы психолога:

- а) психолог-консультант;
- б) психолог-методист;
- в) психолог-куратор.

29. Основными этическими принципами работы психолога являются (выберите несколько правильных ответов)...

- а) научность;
- б) конфиденциальность;
- в) добровольность;
- г) детерминизм.

30. К психологическим особенностям, провоцирующим агрессивное поведение детей, относят (выберите несколько правильных ответов)...

- а) недостаточное интеллектуальное развитие;
- б) недостаточное развитие коммуникативных навыков;
- в) сниженный уровень произвольности;
- г) неразвитость игровой деятельности.

31. На оценку окружающих больше всего ориентированы дети...

- а) агрессивные;
- б) застенчивые;
- в) демонстративные;
- г) капризные.

32. Парадоксальное отношение к похвале взрослого (радость и смущение) характерно для детей...

- а) агрессивных;
- б) застенчивых;
- в) демонстративных;
- г) обидчивых.

33. Воспринимают сверстника как врага дети...

- а) застенчивые;
- б) демонстративные;
- в) обидчивые;
- г) импульсивные.

34. Наибольшее расхождение между самооценкой и ожидаемой оценкой себя со стороны окружающих наблюдается у детей...

- а) агрессивных;
- б) демонстративных;
- в) застенчивых;
- г) импульсивных.

35. К особенностям детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности не относится...

- а) снижение общего уровня интеллектуального развития;
- б) трудности с формированием навыков чтения и письма;
- в) невнимательность;
- г) импульсивность.

36. Игры с правилами и длительные совместные игры со сверстниками наиболее эффективны для коррекции такого типа неконструктивного поведения дошкольников:

- а) импульсивного;
- б) демонстративного;
- в) протестного;
- г) агрессивного.

37. Наиболее универсальными средствами коррекции личностного развития и неконструктивного поведения детей считаются игры...

- а) режиссерские;
- б) сюжетно-ролевые;
- в) психотехнические;
- г) народные.

38. К вариантам демонстративного детского поведения относят (выберите несколько правильных ответов)...

- а) кривлянье;
- б) капризы;

- в) драчливость;
- г) лживость.

39. К формам протестного поведения детей относят (выберите несколько правильных ответов)...

- а) негативизм;
- б) лживость;
- в) ябедничанье;
- г) упрямство.

40. Характеристика, не относящаяся к конформному поведению детей, – ...

- а) беспрекословное следование инструкциям;
- б) неуверенность в себе;
- в) драчливость;
- г) безынициативность, пассивность.

41. Наличие у ребенка определенного кругозора, запаса конкретных знаний характеризует...

- а) интеллектуальную готовность к обучению;
- б) социально-психологическую готовность;
- в) внутреннюю позицию школьника.

42. Стил ь общения в семье, когда родители и дети противостоят друг другу, критикуют друг друга, реализуя свои потребности в самоутверждении, называется...

- а) псевдосотрудничеством;
- б) изоляцией;
- в) соперничеством.

43. Формирование сенсомоторных структур ребенка происходит в возрасте...

- а) 5–7 лет;
- б) 2–5 лет;
- в) 0–2 лет.

44. Младший школьный возраст сенситивен...

- а) к освоению своего внутреннего мира;
- б) учебной деятельности;
- в) игровой деятельности.

45. Ведущей деятельностью в дошкольный период является...

- а) сюжетно-ролевая игра;
- б) общение со взрослым;
- в) предметная деятельность.

46. По А. В. Петровскому, первая фаза вхождения ребенка в социум называется...

- а) интеграция;
- б) индивидуализация;
- в) адаптация.

47. Запоздывание социальной зрелости ребенка формируется...

- а) при чрезмерном оберегании ребенка родителями;
- б) чрезмерной мягкости родителей;
- в) отвергающей позиции родителей.

48. Групповая идентичность (по Э. Эриксону) – это...

- а) ориентация ребенка на включение в конкретную социальную группу, на выработку мироощущения, присущего данной группе;
- б) умение ребенка анализировать стоящие перед ним задачи;
- в) умение ребенка анализировать последствия своего поведения в группе.

49. Для исключения расстройств речевого развития назначают консультацию...

- а) логопеда;
- б) педиатра;
- в) психиатра.

50. Характерная триада аутизма включает все, кроме...

- а) недостатка социальных взаимодействий;
- б) недостатка коммуникации;
- в) отказа от приема пищи.

Ответы на тесты

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
б	в	б	б	а	в	г	д	а	в

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
в	г	д	г	а	а	б	б	в	г

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
а	б	в	г	а, в	г	г	а	б, в	б, в

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
в	б	г	в	а	а	г	а, б	а, г	в

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
а	в	в	б	а	в	а	а	а	в

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Клиническая (ситуационная) задача 1

К участковому врачу-педиатру обратилась мама пятилетней девочки.

Жалобы

Ребенок легко раздражается и бурно реагирует на разные события, часто устраивает «истерики», капризничает и не слушается. Девочка не умеет общаться с людьми и иногда ведет себя агрессивно (стискивает зубы, бьет кулаком родителей или брата). Ребенок избегает сильные звуковые раздражители, разговаривает на «своем» языке, когда устает; избирательна в еде. Периодически мама замечала, как девочка раскачивается.

Анамнез

Со слов мамы, беременность протекала хорошо, роды начались в срок, но в процессе возникла асфиксия плода. Врачи быстро оказали нужную помощь.

Первые годы жизни сильно выраженных аутистических черт семья не замечала, однако в садике дети не принимают девочку и отказываются с ней играть.

В семье ребенка ни у кого раньше не было диагнозов, связанных с нарушением психики.

1. Какой диагноз можно заподозрить у данного ребенка?
2. Консультация каких специалистов понадобится ребенку?
3. Какие исследования необходимо провести данному ребенку?
4. Определите немедикаментозное лечение данного заболевания.
5. Каковы препараты для медикаментозной терапии?

Эталоны ответов:

1. Расстройство аутистического спектра.
2. Невролог, психиатр, психолог, логопед.
3. Экспериментально-психологическое обследование; генетическое исследование; лабораторное исследование: общий (клинический) анализ крови (гемоглобин, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарная формула и скорость оседания эритроцитов); анализ метаболического профиля плазмы крови, лактат, аммоний, общий холестерин, общий гомоцистеин, концентрация витамина В12, мочева кислота, рН крови, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ);

инструментальные исследования: ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, КТ, МРТ; исследование слуховой функции для исключения/выявления нарушений слуха.

4. Комплаенс-терапия; различные виды психотерапии; трудо(игро)терапия.

5. Нейролептические препараты (клозапин, галоперидол, трифлуоперазин); М-Н-холинолитики тригексифенидил; антидепрессанты (амитриптилин, сертралин, флувоксамин); малые нейролептики (хлорпротиксен, тиоридазин); транквилизаторы (диазепам, феназепам, клоназепам); нормотимические препараты (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин).

Клиническая (ситуационная) задача 2

В медицинское учреждение поступил ребенок М., 7 лет (с мамой), по направлению МРБ по месту жительства. На момент осмотра жалоб нет. При сборе анамнеза заболевания выяснилось, что у ребенка в осенне-весенний период, при цветении тополя – сыпь на щеках, ладонях и стопах, по рекомендации врача педиатра-участкового местно использовали гидрокортизоновую мазь, с положительным эффектом. *Анамнез жизни:* на момент зачатия маме было 39 лет.

Беременность вторая, протекала на фоне токсикоза, роды вторые путем кесарева сечения, ребенок родился недоношенным в 36 недель, вес при рождении – 2300 г, рост – 43 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРЗ. Наследственность: у двоюродной сестры диагностирован синдром Ретта (расстройство аутистического спектра). За пределы Пензенской области не выезжали, в семье ОРЗ за последний месяц никто не болел. СОШ не посещает.

Во время сбора анамнеза у мамы ребенок выглядел беспокойным, при попытке контакта он прятался под одеяло, начинал мычать, круговыми движениями пальцев рук водил по простыни, избегал зрительного контакта. Речь отсутствует, говорит только простые слова: «мама», «кушать», «хочу» и т.д.

Физикальный осмотр затруднен в связи с негативным восприятием ребенка на попытки осмотреть его: раскачивается, мычит, кричит, царапается. Впервые такое поведение у ребенка заметили в возрасте 3 лет, когда в садике воспитатели отметили агрессивность по отношению к сверстникам (кусаются, машет руками), после этого

садик не посещал, ранее к врачам с данными проявлениями родители не обращались. Живут в области. Дыхательная система: грудная клетка цилиндрическая, обе половины грудной клетки синхронно участвуют в акте дыхания, одышки нет. ССС: сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 99 уд./мин, ЧДД – 20. Живот безболезненный, мочеиспускание свободное.

1. Дайте определение: расстройство аутистического спектра – это...
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какое сопутствующее заболевание можно заподозрить у ребенка? Обоснуйте.
4. Консультация каких специалистов необходима?
5. Какие терапевтические мероприятия необходимы?

Эталоны ответов:

1. Расстройства аутистического спектра (РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения (Клинические рекомендации, 2020). РАС – нарушение нервного развития, характеризующееся проблемами социального взаимодействия, двигательными и поведенческими стереотипами (Дефектология ПРОФ. 2021).

2. Лабораторные: ОАК, БхАК, ОАМ (оценить работу внутренних органов и состояние организма); сбор анамнеза родителей, провести анализ поведения ребенка: электроэнцефалография (с целью выявления эпилептической активности); УЗИ головного мозга (возможно выявление аномалии строения ГМ); психологические методики (исследование слухоречевого запоминания, ассоциативной памяти, опосредованного запоминания, исследование зрительного внимания и восприятия, мышления, социальной перцепции и эмоциональной сферы).

3. Атопический дерматит. На основании сбора анамнеза: в осенне-весенний период, при цветении тополя – сыпь на щеках, ладонях и стопах, по рекомендации врача педиатра-участкового местно использовали гидрокортизоновую мазь, с положительным эффектом.

4. Консультация: ЛОР-врача (выявление/исключение тугоухости у ребенка), врача-психиатра, аллерголога, врача-генетика, клинического (медицинского) психолога, гастроэнтеролога.

5. Поведенческая терапия, медикаментозная терапия (в случае агрессии и различных деструктивных расстройств в поведении) – легкие седативные средства, нейролептики, антидепрессанты; коррекция речи, физиотерапия, ЛФК (компенсация нарушений двигательной сферы).

Клиническая (ситуационная) задача 3

Ребенку 3 года. С раннего возраста родители отмечают странности в поведении: равнодушен к родителям, не реагирует на их появление и уход. Создается впечатление, что мальчик не различает людей и неодушевленные предметы, реагирует на них одинаково. Вместо естественного любопытства (новые игрушки, люди и др.) часто бывает недовольным и даже протестует. Игры ребенка носят манипулятивный характер: часами наливает и выливает из стакана воду, пересыпает из одной формы в другую песок, перебирает бумажки, спичечные коробки. Движения мальчика неуклюжи. Мимика бедная, невыразительная, ребенок смотрит как бы «мимо» собеседника. Интеллект не нарушен, речь сформирована правильно, выучил уже много стихов, пытается читать.

1. О каком состоянии идет речь в задаче?

2. При каких расстройствах может наблюдаться данная клиническая картина?

3. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

Эталоны ответов:

1. Синдром раннего детского аутизма.

2. Умственная отсталость, неврологические расстройства, шизофрения.

3. Факторы развития РАС: генная модификация; энцефалит; нарушение работы головного мозга; гормональные изменения; последствия вирусных инфекций; отравление ртутью; злоупотребление антибиотиками; химическое воздействие на плод через организм беременной женщины.

Клиническая (ситуационная) задача 4

На прием к участковому педиатру обратились родители девочки 3 лет с жалобой на нарушение речи у ребенка.

Анамнез жизни и заболевания: беременность протекала без особенностей, роды естественные в срок. Ребенок рос и развивался с задержкой психомоторного развития. «Гуления» и «лепета» до года родители не отмечали. Девочка заговорила после года, речь ограничивалась стереотипным повторением слов и фраз, произнесенных кем-либо из членов семьи. Со слов мамы, ребенок долго может сидеть на одном месте и рассматривать какой-нибудь предмет, и не проявляет интереса к игрушкам. С другими детьми не играет и не обращает внимания на них. Со слов родителей, похожие симптомы наблюдались у дальнего родственника, по линии папы. На данный момент развитие речи ограничивается стереотипным повторением фраз, эмоций не проявляет.

При осмотре физическое развитие соответствует возрасту ребенка, особенностей нет. Девочка никак не реагирует на врача во время осмотра. Движения замедленные, неуклюжие. Зрительный контакт не поддерживает, смотрит «сквозь». Рассматривает шариковую ручку, лежащую на столе, на игрушки отвлечь внимание не удается. За время приема не говорила, оценить развитие речи не представляется возможным.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Консультация каких специалистов показана в данном случае?

Эталоны ответов:

1. Расстройство аутистического спектра.
2. Врач-психиатр, врач-невролог, врач-генетик.

Клиническая (ситуационная) задача 5

Саша В., 8 лет, 1-й класс. При предъявлении учителем нового задания девочка его игнорирует, смотрит исподлобья, «мимо», «сквозь» педагога. Может скинуть с парты все учебные предметы, начать рвать тетрадь или лист с бланковым заданием, ломать или бросать ручки и карандаши, может щипать или кусать свои руки. Все действия сопровождаются невнятным бормотанием, постепенно переходящим в громкие единичные выкрики: «Не буду!», «Отстань!».

Охарактеризуйте проблему.

Эталоны ответов:

Проблема в направлении учебной деятельности – в формировании умения решать задачи в виде протестной реакции.

Клиническая (ситуационная) задача 6

В соматическое отделение областной детской больницы поступил ребенок М., 14.07.2017 (6 лет), для обследования желудочно-кишечного тракта в плановом порядке. Во время физикального осмотра был отмечен дефицит массы тела 12,9 (норма 13,1–16,8), при росте 106 см вес ребенка составлял 14,5 кг. Мальчик на контакт не идет, прячется за маму. Из анамнеза известно, что ребенок не говорит слова, речь неоформлена, использует отдельные звуки или слоги. На предмет указать не может, берет взрослого за руку и подводит к интересующему объекту. Отмечаются стереотипные действия, проявляющиеся постукиванием игрушкой по столу. Во время обхода прячется за спинку кровати, встает на колени и руками крепко держится за бортик, при этом издавая непонятные крики, для проведения осмотра требуются долгие уговоры, вырывается из рук матери. Ребенок несоциализирован, детский сад и подготовительную группу в школе не посещает. Ранее за медицинской помощью не обращались, объясняя это отсутствием специалистов по месту жительства (проживают в деревенской местности).

1. Поставьте предварительный диагноз согласно данной клинической картине.
2. Назовите три основные группы («триаду нарушений») при расстройстве акустического спектра.
3. Врач какой специальности ведет пациента с данной патологией?
4. Сформулируйте цель лечения пациента с данной патологией.
5. Сформулируйте возможный прогноз при данной патологии.

Эталоны ответов:

1. Общие расстройства психологического развития» (код F84). РАС (расстройство акустического спектра), аутизм.

2. Нарушения в сфере социального взаимодействия; нарушения в сфере коммуникации; нарушения в сфере воображения.

3. Врач-психиатр. При наличии показаний проводятся консультации врача-невролога, врача-генетика.

4. Основной целью лечения является повышение уровня независимости больного в процессе самообслуживания, формирования и поддержания социальных контактов.

5. В настоящее время аутизм считается неизлечимым заболеванием. Однако после грамотной длительной коррекции у некоторых детей (3–25 % от общего числа пациентов) наступает ремиссия, и диагноз «аутизм» со временем снимают. Недостаточное количество исследований не позволяет строить достоверные долгосрочные прогнозы относительно течения аутизма в зрелом возрасте. Специалисты отмечают, что с возрастом у многих пациентов симптомы болезни становятся менее выраженными. Вместе с тем есть сообщения о возрастном ухудшении коммуникативных навыков и навыков самообслуживания. Благоприятными прогностическими признаками являются коэффициент интеллекта выше 50 и развитие речи в возрасте до 6 лет, однако полной или практически полной независимости удается достичь всего 20 % детей из этой группы.

Клиническая (ситуационная) задача 7

Аня С., 7 лет, 1-й класс. Ане предлагается прочитать и решить задачу. Проблемы в правильном решении задач нет. Просьбу педагога записать решение задачи Аня не понимала, удивлялась и показывала на слово «решение». Такое повторялось после начала изучения каждого нового вида задач. Лишь к концу первого класса девочка начинает самостоятельно, без напоминания правильно оформлять задачи.

1. Какая проблема в данной задаче?
2. Какие пути для ее решения существуют?

Эталоны ответов:

1. Проблема в направлении учебной деятельности – трудности при записи решения задач. Дети на протяжении довольно длительного времени без посторонней помощи неспособны представить решение в виде соответствующего числового выражения. Иногда это связано с непониманием смысла предлагаемой задачи. Однако

при этом нет проблем в составлении арифметических примеров по демонстрации или с использованием иллюстративного материала.

2. В коррекционной работе основной акцент следует делать на визуализацию изучаемого материала.

Клиническая (ситуационная) задача 8

Мама с сыном, 2,5 лет, на приеме у врача в поликлинике.

Жалобы: отсутствие указательного жеста, разговорной речи, контакта «глаза в глаза», нарушение коммуникации с ровесниками и взрослыми, не реагирует на свое имя.

Анамнез заболевания: год назад мама заметила, что у ребенка нет указательного жеста, мальчик не откликается на свое имя. В 2 года пошел в сад, на контакт с воспитателями и сверстниками идет сложно. Периодически замечает приступы агрессии и аутоагрессии. Сон нарушен, просыпается по ночам 2–3 раза с сильным плачем.

Анамнез жизни: возраст матери на момент родов – 43 года, ребенок от третьей беременности на фоне угрозы прерывания на 8-й, 18–24-й неделях, анемии, гестоза средней степени, кольпита, бактериурии, лабиального герпеса в 1-м триместре, хронической фетоплацентарной недостаточности по типу хронической внутриутробной гипоксии плода. Роды срочные в 40 недель, стремительные. Вес – 3350 г, длина тела – 54 см, по шкале Апгар – 8/9 баллов. Выписка на 5-е сутки с диагнозом: церебральная ишемия легкой степени. На грудном вскармливании до 1,5 лет.

Перенесенные заболевания: ЦМВИ респираторная форма в 8 месяцев, частые ОРВИ (один раз в месяц). Ротавирусная инфекция в 2 года.

Аллергоанамнез: атопический дерматит на первом году жизни, АБКМ.

Наследственность: неотягощена.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное, на осмотр реагирует негативно, на контакт не идет. Невербальное поведение отсутствует. Разговаривает простыми словами (мама, дай, нет), простые предложения в речи не использует.

1. Предположите диагноз, обоснуйте его.
2. С какого возраста данный диагноз может быть поставлен?
3. Какое поведение характерно для таких детей?
4. Каков характер общения?

5. Каковы сроки профилактических осмотров здоровых детей детским психиатром?

Эталоны ответов:

1. Расстройство аутистического спектра. Диагноз основан на жалобах, анамнезе заболевания и объективном осмотре.

2. Диагноз может быть поставлен с 2 лет (первичный осмотр психиатра, проводится анкетирование ребенка).

3. Малая способность использовать зрительный контакт, жестикуляцию, мимику и позу для регуляции социального взаимодействия. Отсутствие реакции на обращенную речь и имя, низкий интерес к совместным играм, неспособность длительное время удерживать внимание на том, во что вовлекают ребенка взрослые. Специфическая реакция на нарушение телесных границ, отсутствие смущения или избыточная тревога в ситуации взаимодействия с новыми людьми.

4. Нарушения коммуникации в младшем возрасте могут проявляться как полным отсутствием речи и недостаточной компенсацией ее жестикуляцией, так и своеобразием речи, при котором ребенок с РАС не поддерживает и не начинает беседы, не задает вопросов или начинает разговор в основном на интересные ему темы. У ребенка может отсутствовать лепетная речь. Нарушения коммуникации часто сопровождаются повторяющейся и стереотипной речью (повторяющимися вопросами, эхолалиями).

5. Первый осмотр в 2 года, далее в 6 лет, в 14, 15, 16, 17 лет.

Клиническая (ситуационная) задача 9

Ребенок, 2 года, от третьей беременности. С раннего возраста и по настоящее время не разговаривает, не реагирует на речь, не отличает съедобное от несъедобного. Избегает зрительного контакта и старается быть в одиночестве. Безразличен к окружающим его предметам, отсутствуют эмоциональные реакции. Движения ребенка неуклюжи, мимика бедная.

1. О каком заболевании может идти речь?

2. При каких расстройствах может наблюдаться данная клиническая картина?

3. Каковы факторы риска возникновения данного заболевания?

Эталоны ответов:

1. Синдром раннего детского аутизма.
2. Умственная отсталость, шизофрения, неврологические нарушения.
3. Факторы риска: генетика; злоупотребление алкоголем и курение; гормональные изменения; вирусные инфекции; энцефалит; нарушение работы головного мозга.

Клиническая (ситуационная) задача 10

Денис М., 6 лет. Мать обратилась с жалобой на задержку в формировании речи и странности в поведении сына. Со слов матери, ребенок родился в срок, с нормальным весом и ростом. Отказывался брать грудь, долго не формировался «комплекс оживления». Несмотря на это, раннее развитие соответствовало норме, первые слова появились в 9 мес., навыки ходьбы – в 1 год и 2 мес. Детский сад ребенок не посещает, воспитывается дома. В настоящее время у ребенка присутствует фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, себя называет «ты» или «Денис», мать может называть «я». Из вопросов употребляется только «где?», и то крайне редко. Речь представляет собой комментарий всех событий, происходящих с ребенком, его действий и желаний. Часты неологизмы, иногда непонятные для окружающих: «Чурля-ка», «Небияк» и т.д. Новые, похожие по звучанию слова ребенок может повторять в течение нескольких дней, не интересуясь их содержанием.

Моторика развита слабо, плохо, часты стереотипные действия: раскачивания, переступания с ноги на ногу; рисует одинаково правой и левой рукой, иногда двумя сразу. Карандаш удерживает в кулаке.

Себя ребенок обслуживает: самостоятельно ест, одевается. Выражена избирательность в еде, страх перед новой пищей. Помимо этого, Денис боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми. Мать беспокоят такие особенности ребенка. Она хотела бы решить вопрос о форме и месте обучения. Ребенок умеет читать, считать в пределах 100, легко читает трехзначные числа.

При патопсихологическом обследовании контакт с ребенком удастся установить только в процессе совместного рисования. До этого он ходит по кабинету, дотрагивается до предметов и мебели, обследует их, игрушки иногда лижет. На присутствие в комнате

психолога никак не реагирует. В ходе совместного рисования называет тему своего рисунка: «Денис рисовать ежей» и рисует подряд на пяти листах одинаковых ежей. Возможно рисование по просьбе экспериментатора. Другие задания не выполняются, выражены реакции пассивного протеста. Возможно выполнение простых инструкций: «Дай мяч», «Положи карандаш». Зрительного контакта с психологом нет, на прикосновения – реакция избегания.

Рисунки, с точки зрения ребенка, неудачные, он тут же их рвет и бросает обрывки в определенный угол кабинета; удачные вырезает и пытается наклеить на стену кабинета. За помощью не обращается ни к психологу, ни к матери.

1. Какой тип нарушения психического развития возможен в данном случае?
2. Консультация какого специалиста обязательна?
3. Возможно ли обучение в обычной школе?

Эталоны ответов:

1. Ранний детский аутизм.
2. Нужна консультация психиатра.
3. Обучение в обычной школе нецелесообразно, возможно обучение на дому по обычной программе. Необходима психологическая коррекция.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об образовании в Российской Федерации : федер. закон № 273-ФЗ от 29.12.2012 : [в ред. от 25.12.2023] // Гарант. URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения: 10.06.2024).

2. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 585н от 27.08.2019 : [в ред. от 06.10.2021] // Гарант. URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения: 10.06.2024).

3. О признании лица инвалидом : постановление Правительства Российской Федерации № 588 от 05.04.2022 // Гарант. URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения: 10.06.2024).

4. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 545н от 26.06.2023 // Гарант. URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения: 10.06.2024).

5. Клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра» : [утв. Минздравом России] // КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 08.05.2024).

6. Терапевтическое обучение пациентов. Вводное руководство / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2023. 14 ноября.

7. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М. : Теревинф, 2016.

8. Воронков Б. В. Психиатрия детского и подросткового возраста. Психопатология. Диагностика. Клиника. СПб., 2022. 448 с.

9. Кондакова Н. А., Нацун Л. Н. Инвалидность детского населения как медико-социальная проблема // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2019. № 4 (15).

10. Курникова М. В. Роль системных барьеров в формировании адекватной физической активности детей-инвалидов на уровне семьи // Общество: социология, психология, педагогика. 2021. № 10. С. 40–45.

11. Лапина Н. А. Педагогическое сопровождение образования детей с особыми образовательными потребностями в рамках современной

гуманистической модели // Актуальные вопросы истории, философии, права и педагогики : сб. ст. Национальной науч.-практ. конф. с междунар. участием. Рязань : РГРТУ, 2019. С. 152–155.

12. Макаров И. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. СПб., 2019. 992 с.

13. Мальтинская Н. А. История развития учения об аутизме // Концепт. 2017. № S11. С. 53–61.

14. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с аутизмом. СПб., 2007. 288 с.

15. Осин Е. К., Устинова Н. В. Научно обоснованные подходы к ведению детей с расстройствами аутистического спектра в педиатрической практике. Ростов н/Д., 2020. 70 с.

16. Bandura A. Applying theory for human betterment // Perspectives on Psychological Science. 2019. Vol. 14 (1). P. 12–15. doi: 10.1177/1745691618815165

17. Bandura A. Self-efficacy through a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. 1977. Vol. 84 (2). P. 191–215.

18. Bastable S. Glossary // S. Bastable, P. Gramet, K. Jacobs, D. Sopczyk, ed. Health Professional Educator: the Principles of Teaching and Learning. Jones and Bartlett Learning ; Sudbury, Massachusetts, 2011. P. 599–619.

19. Braungart M., Braungart R., Gramet P. Applying learning theories to healthcare practice // S. Bastable, P. Gramet, K. Jacobs, D. Sopczyk, ed. Health Professional Educator: the Principles of Teaching and Learning. Jones and Bartlett Learning ; Sudbury, Massachusetts, 2011. P. 55–101.

20. Christelle Pennecot, Maxime Luu, Claire Marchand, Rémi Gagnayre, Nathalie Dechannes, Sabine Rudoni, Anne-Marie Hilaire, Aurore Demongeot, Delphine Capelle and Marc Bardou. First use of Simulation in Therapeutic Patient Education (S-TPE) in adults with diabetes: a pilot study. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8886441/>

21. Cochrane Collaboration. Effective Practice and Organization of Care (EPOC) Taxonomy. 2015. (2017).

22. Coleman E. A. Extending simulation learning experiences to patients with chronic health conditions // JAMA. 2014. Vol. 311. P. 243–244. doi: 10.1001/jama.2013.283057

23. D'Ivernois J. F., Gagnayre R. Learning to educate the patient: pedagogical approach: the Bobigny school. 3ème. Paris : Maloine, 2011.

24. Debussche X., Balcou-Debussche M., Lalouvière L. H. de, et al. Enhancing the access to therapeutic education and reducing health inequalities: Lessons learned from interventions conducted in Africa and Indian Ocean // Elsevier Masson SAS. 2015. Vol. 9. P. 131–136.
25. Deccache A., Berrewaerts J., Libion F. Training caregivers in therapeutic patient education: what can a programme change? // *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2009. Vol. 1. P. 39–48.
26. Deryn Thompson, Matthew Leach, Colleen Smith, Jennifer Fereday and Esther May. How nurses and other health professionals use learning principles in parent education practice: A scoping review of the literature. 2020. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3911198/>
27. Fidyk L., Ventura K., Green K. Teaching nurses how to teach: strategies to enhance the quality of patient education // *J Nurses Prof Dev*. 2014. Vol. 30 (5). P. 248–253.
28. Fitzgerald K. Instructional methods and settings // S. Bastable, P. Gramet, K. Jacobs, D. Sopczyk, ed. *Health Professional Educator: the Principles of Teaching and Learning*. Jones and Bartlett Learning ; Sudbury, Massachusetts, 2011. P. 419–458.
29. Fonte D., Apostolidis T., Lagouanelle-Simeoni M.-C. Psycho-social skills and therapeutic education of patients with type 1 diabetes: a systematic review // *Sante Publique*. 2014. Vol. 26. P. 763–777.
30. Holly Farley. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6917929/>
31. Knowles M. Gulf Publishing. *The Adult Learner : a Neglected Species*. 4th ed. Company ; Houston, 1990.
32. Knowles M. S., Holton E. F., Swanson R. A. *The Adult Learner: the Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. 8th ed. Taylor and Francis ; Hoboken, 2014.
33. Lahl M., Modic M. B., Siedlecki S. Perceived knowledge and self-confidence of pediatric nurses as patient educators // *Clin. Nurse Spec*. 2013. Jul 1. Vol. 27 (4). P. 188–193.
34. Lefèvre T., Gagnayre R., Gignon M. Patients with chronic conditions: simulate to educate? // *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2017. Vol. 22. P. 1315–1319. doi: 10.1007/s10459-017-9768-z
35. Marzano R., Pickering D. J., Arredondo D., Blackburn G., Brandt R., Moffett C., Paynter D., Pollock J., Whisler J. *Dimensions of Learning Trainer's Manual*. Mid-Continent Regional Educational laboratory. 2th ed. Colorado, 1997. P. 4–12.

36. Mayer R. Applying the science of learning to instruction in school subjects // Marzano R., ed. *On Excellence in Teaching*. Solution Tree Press. Bloomington, 2010. P. 93–111.

37. Michie S., Atkins L., West R. *The Behaviour Change Wheel: a guide to designing interventions*. 1st ed. Great Britain : Silverback Publishing, 2014. P. 1003–1010.

38. Michie S., van Stralen M. M., West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions // *Implementation Science*. 2011. Vol. 6 (1). P. 42.

39. Rodgers C., Bertini V., Conway M. A., Crosty A., Filice A., Herring R. A., Landier W. A standardized education checklist for parents of children newly diagnosed with cancer: a report from the children's oncology group // *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 2018. Vol. 35 (4). P. 235–246.

40. Roncoroni J., Tucker C. M., Wall W., Wippold G. & Ratchford J. Associations of health self-efficacy with engagement in health-promoting behaviors and treatment adherence in rural patients // *Family and Community Health*. 2019. Vol. 42 (2). P. 109–115. doi: 10.1097/FCH.0000000000000219

41. Smith J., Swallow V., Coyne I. Involving parents in managing their child's long-term condition – a concept synthesis of family-centred care and partnership-in-care // *J. Pediatr. Nurs.* 2015. Vol. 30 (1). P. 143–159.

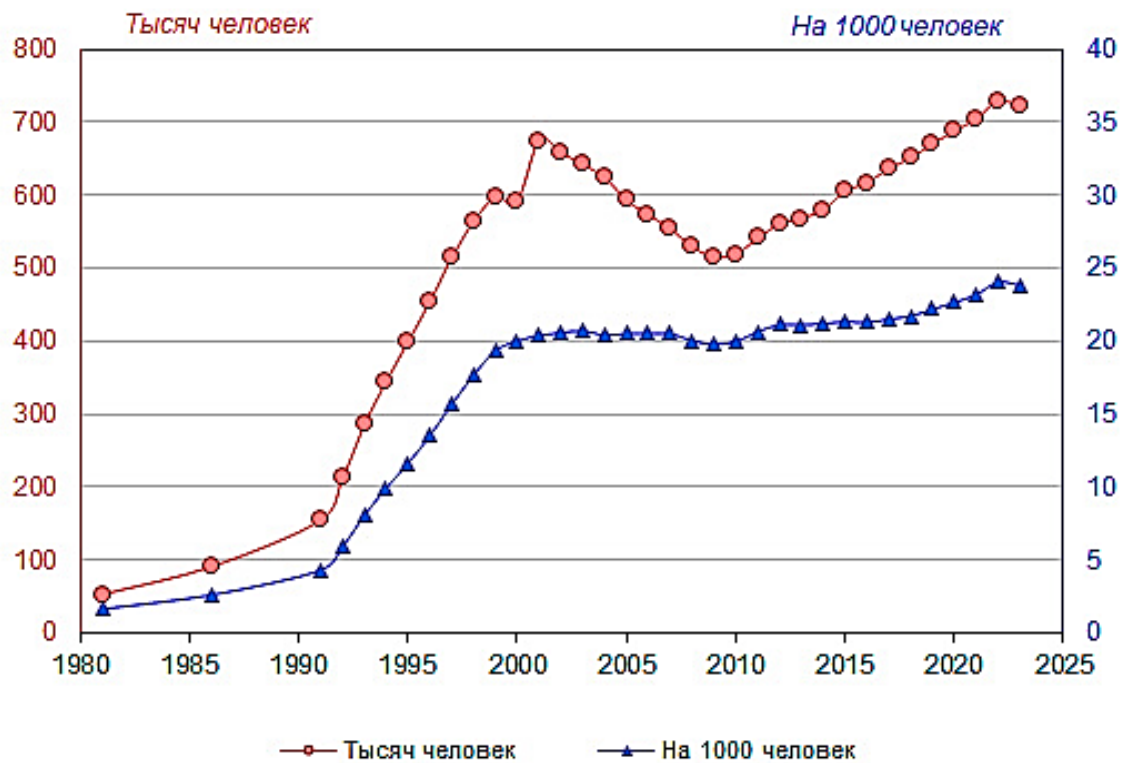
42. Titilayo Tatiana Agbadjé, Hélène Elidor, Milena Sia Perin, Rhéda Adekpedjou, and France Légaré. Towards a taxonomy of behavior change techniques for promoting shared decision making // *Implement Sci*: 2020.

43. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. *Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases: Report of a WHO Working Group*. Copenhagen, 1998. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf

44. Wu S. V., Hsieh N., Lin L. & Tsai J. Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator // *Journal of Clinical Nursing*. 2016. Vol. 25. P. 2609–2618. doi: 10.1111/jocn.13305

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А



Численность детей-инвалидов в России (тыс. человек) и в расчете на 1000 человек населения детского возраста, 1990–2023 гг., на начало года
(URL: <https://www.demoscope.ru/weekly/2023/0989/barom04.php>)

(линия отреза)

1503004

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (статья 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»)

**Министерство здравоохранения
и социального развития Российской Федерации**

Филиал №74 Главного бюро МСЭ по городу Москве -
(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

РУСЗН ГАГАРИНСКИЙ
СПРАВКА серия **МСЭ-2007** № **3553808**
(выдается инвалиду)

ДЕМИДОВОЙ ЕКАТЕРИНЕ ДМИТРИЕВНЕ
(фамилия, имя, отчество в дательном падеже)

дата рождения 22.08.2009 119296 г. Москва МОЛОДЕЖНАЯ УЛ. д. 5 кв. 83

(место жительства, при отсутствии места жительства — место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации (указываемое подчеркнуть))

установлена инвалидность впервые, повторно (указываемое подчеркнуть)
09.06.2010
(дата установления инвалидности)

ребенок - инвалид

Группа инвалидности _____ (указывается прописью)

Причина инвалидности _____

Степень ограничения способности к трудовой деятельности 01.07.2012 (указывается прописью)

Инвалидность установлена на срок до 01.06.2012

Дата очередного освидетельствования _____

Дополнительные заключения _____

инвалид вследствие ДЦП

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы

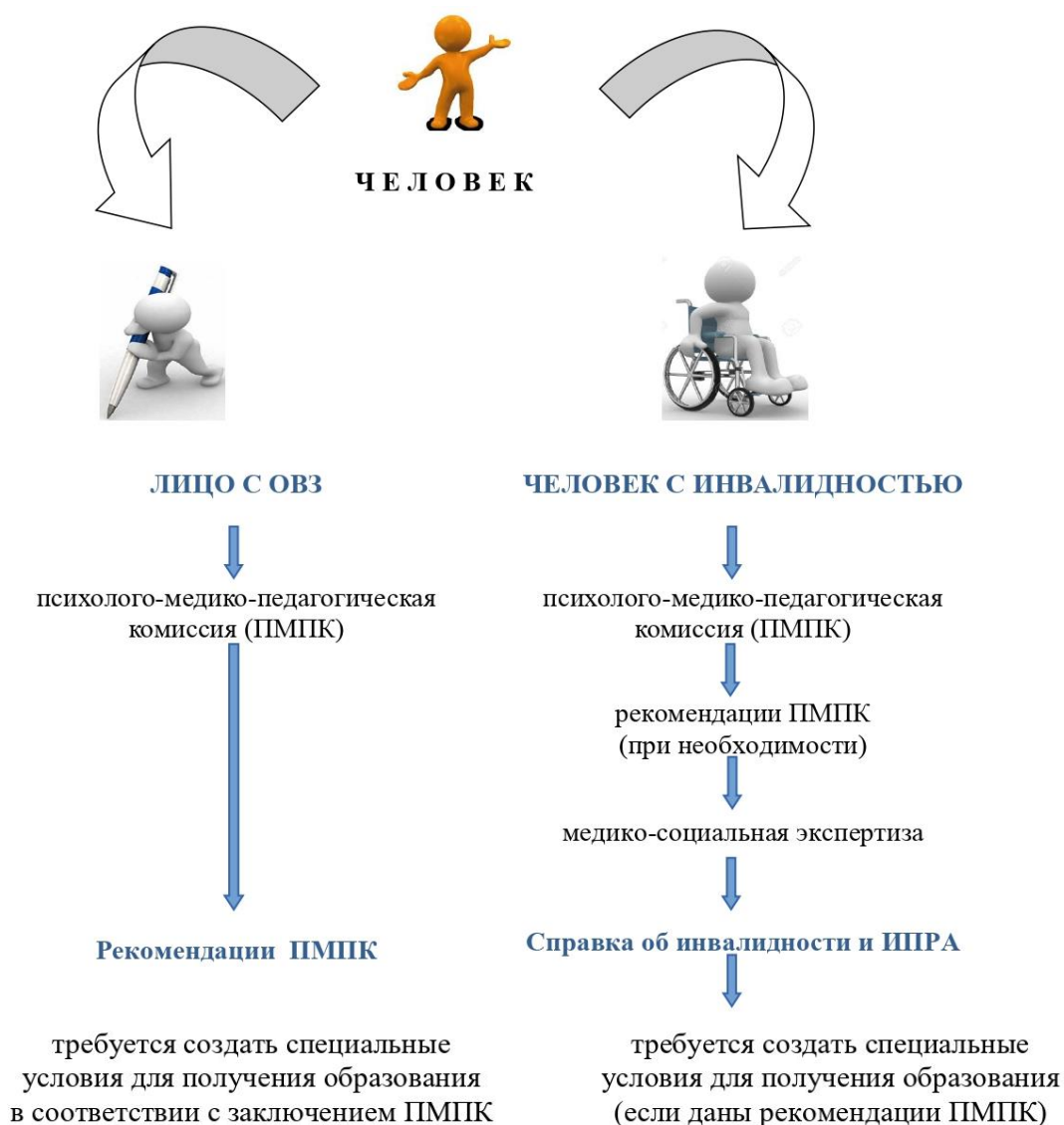
№ 2289 от « 9 » июня 200 г. 2010 г.

Дата выдачи справки 16.06.2010

Руководитель федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
М. П. _____ **В.С. Полунин**

© ООО «Титография «Еврокопия-2 СПб», СПб, 2007 г. Уровень «В».

Пример справки о признании лица инвалидом
(лицевая и оборотная стороны)
(URL: <https://warball.ru/komissiya/mse/dlya/oformleniya/invalidnosti.html>)



Документы, подтверждающие статус лица
с особыми образовательными потребностями
(для создания специальных условий в профессиональных
образовательных организациях для обучения
лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья)

(URL: <https://base-garant-ru.turbopages.org/base.garant.ru/s/70524894/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/>)

Учебное издание

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Мусатова Людмила Александровна,
Краснова Людмила Ивановна,
Долгушкина Галина Викторовна,
Никифоров Алексей Матвеевич,
Зиновьева Оксана Владимировна,
Никонорова Валентина Владимировна,
Рассказова Юлия Валерьевна,
Бурлаков Владимир Сергеевич,
Петрова Елена Владимировна,
Баженов Максим Сергеевич

Редактор *Н. А. Сидельникова*
Технический редактор *Д. А. Сатыров*
Компьютерная верстка *Д. А. Сатырова*
Дизайн обложки *И. В. Шваревой*

Подписано в печать 27.02.2025.
Формат 60×84¹/₁₆. Усл. печ. л. 7,78.
Тираж 118. Заказ № 20.

Издательство ПГУ.
440026, г. Пенза, ул. Красная, 40.
Тел.: (8412) 66-60-49, 66-67-77; e-mail: iic@pnzgu.ru