

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Е.А. Бочарова, О.С. Белова, А.Г. Соловьев

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
И ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО
И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Учебное пособие

Архангельск
2018

УДК 616.89-008.454-053.2

ББК 56.14+88.4

Б 86

Рецензенты:

Начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кировской области», доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук **Е.Г. Ичитовкина**; профессор кафедры биологии человека и биотехнических систем ВШЕН и Т ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В.Ломоносова», доктор медицинских наук, профессор **Н.С. Ишеев**; заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **В.И. Макарова**

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Бочарова Е.А., Белова О.С., Соловьев А.Г.

Б 86 **Психическое здоровье и отклонения в развитии у детей раннего и дошкольного возраста:** учебное пособие / Е.А. Бочарова, О.С. Белова, А.Г. Соловьев. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. – 114 с.

ISBN978-5-91702-313-7

В учебном пособии освещается современное состояние проблемы охраны психического здоровья в раннем и дошкольном возрасте. В книге изложены основные факторы риска отклонений в психическом здоровье детей, вопросы диспансеризации и динамического наблюдения, основные подходы к оценке психического развития и результаты изучения качества жизни. В пособии после каждой главы представлены контрольные вопросы и задания, клинические примеры; тестовые задания по всем темам позволяют самостоятельно провести контроль знаний.

Книга предназначена для врачей различного профиля, медицинских и практических психологов, логопедов, дефектологов, специалистов по социальной работе, всех, кто принимает участие в оказании помощи проблемным детям.

УДК 616.89-008.454-053.2

ББК 56.14+88.4

ISBN 978-5-91702-313-7

© Бочарова Е.А., Белова О.С.,
Соловьев А.Г., 2018

© Северный государственный
медицинский университет, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	5
Введение	6
Глава 1. Факторы, влияющие на психическое здоровье детей	8
1.1. Основные факторы риска отклонений в психическом здоровье детей	8
1.2. Прогностические медико-биологические факторы	13
Глава 2. Вопросы диспансеризации и возможности динамического наблюдения детей раннего и дошкольного возраста врачами-психиатрами	21
2.1. Методологические основы оценки психического развития	22
2.2. Группы риска психической патологии	24
2.3. Полипрофессиональная бригада в детской психиатрической практике	29
Глава 3. Охрана психического здоровья в раннем детстве	37
3.1. Раннее выявление нарушений в развитии	37
3.2. Основные подходы к оценке психического развития детей раннего возраста	39
Глава 4. Расстройства аутистического спектра у детей	47
4.1. Актуальность ранней помощи семьям, воспитывающим ребенка с расстройством аутистического спектра	47
4.2. Комплексная помощь детям с расстройствами аутистического спектра	50
Глава 5. Подходы к оценке психического здоровья детей дошкольного возраста	56
5.1. Основные подходы к диагностике психического развития детей дошкольного возраста	56
5.2. Методы исследования в психиатрии детского возраста	60
5.3. Скрининг для выявления детей группы риска психической патологии	63

Глава 6. Возможности объективных методов исследования в детском возрасте	69
6.1. Ультразвуковое исследование головного мозга у детей первого года	69
6.2. Нейросонография как метод прогноза отклонений развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением головного мозга	74
6.3. Особенности функционального состояния мозга детей по данным электроэнцефалографии	80
6.4. Особенности функционального состояния мозга детей с задержкой психического и речевого развития	82
Глава 7. Качество жизни семей, имеющих детей с отклонениями в развитии	88
7.1. Методы, применяемые для изучения качества жизни	90
7.2. Результаты изучения качества жизни семей с детьми с нарушениями в развитии	91
Тестовые задания	97
Список литературы	109

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЖК – внутрижелудочковое кровоизлияние
ВПФ – высшие психические функции
ВУИ – внутриутробная инфекция
ГР – группа риска
ГС – группа сравнения
ДОУ – дошкольное образовательное учреждение
ДЦП – детский церебральный паралич
ЗПР – задержка психического развития
КГ – контрольная группа
КЖ – качество жизни
КТ – компьютерная томография
МПЩ – межполушарная щель
МРТ – магнитно-резонансная томография
НПР – нервно-психическое развитие
НСГ – нейросонография
ОГ – основная группа
ОНР – общее недоразвитие речи
ОРЗ – острое респираторное заболевание
ОСЗ – оценка состояния здоровья
ПВЗ – перивентрикулярные зоны
ПВЛМ – перивентрикулярная лейкомаляция
ПМПК – психолого-медико-педагогическая консультация
ППЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы
РАС – расстройства аутистического спектра
РП – речевая патология
СМО – степень материальной обеспеченности
ССА – степень социальной активности
СЭК – субэпендимальное кровоизлияние
УдКЖ – удовлетворенность качеством жизни
УКЖ – уровень качества жизни
УО – умственная отсталость
ФР – факторы риска
ЦНС – центральная нервная система
ЭЭГ – электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

Охрана психического здоровья детей – сложная междисциплинарная область. Её актуальность в современном обществе объясняется ростом числа психических нарушений в детском возрасте. Особую социальную значимость приобретает проблема нарушений психического развития. Ранняя диагностика, терапия и коррекция нарушений являются главным условием предупреждения инвалидности и социальной дезадаптации.

В пособии обобщены литературные данные и собственные результаты исследований по вопросам отклонений в психическом развитии в детском возрасте. Пособие состоит из семи глав, имеет теоретические и практические разделы, посвященные вопросам психического здоровья детей раннего и дошкольного возраста. Излагаются вопросы о медико-биологических и средовых факторах, их вызывающих. Крайне актуален для своевременной абилитации поиск объективных маркеров раннего прогнозирования и выявления групп риска возможных психических отклонений у детей. Предложен вариант наиболее оптимального командного наблюдения за детьми раннего возраста из группы риска.

Изложенный материал необходим врачам различных специальностей, участвующих в организации и оказании помощи детям. В пособии сделан акцент на описании пограничной патологии, с которой врачи чаще всего встречаются на первичном профилактическом приеме.

В последнее десятилетие отмечается повышение внимания исследователей в отношении взаимосвязи между клиническими проявлениями и данными объективной инструментальной диагностики. В соответствии с этим нами предложен алгоритм скрининга отклонений в развитии на основе данных нейросонографии. Сопоставление клинической картины и данных нейровизуализации способствует углублению представлений об аномалиях развития в раннем детском возрасте.

С помощью разработанных нами методов исследования получены данные, характеризующие качество жизни семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии.

Описанные подходы динамического наблюдения представлены с учетом принятой Концепции развития ранней помощи в РФ и приказов Министерства здравоохранения РФ по организации профилактических осмотров детей. Это соответствует современным положениям междисциплинарного подхода при межведомственном взаимодействии.

Предлагаемая книга – результат обобщения многолетнего опыта работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. Авторы благодарны специалистам и родителям обследованных детей, признательны педагогам специализированных коррекционных учреждений, принимавших участие в исследовании и предоставивших базу для его проведения.

Авторы выражают уверенность в необходимости использования представленного материала по охране психического здоровья ребенка в образовательном процессе в системе непрерывного медицинского образования. Книга может быть полезна врачам, педагогам специальных и общеобразовательных учреждений, психологам.

Глава 1. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

1.1. Основные факторы риска отклонений в психическом здоровье детей

Распространенность нарушений психического развития и эмоциональных дисфункций у детей дошкольного возраста по результатам мониторинга психического здоровья детей (с исследованием психических функций, личностных особенностей, эмоциональной сферы и факторов риска) имеет высокие показатели. На психическое развитие детей раннего и дошкольного возраста оказывают значительное влияние сопутствующая соматическая и неврологическая патология, образовательный уровень родителей, тип воспитания, материальное положение семьи. Норма развития наблюдается лишь у 36 % детей пяти лет. Значительное количество детей с задержкой формирования психических функций не попадают в поле зрения психиатров и неврологов. Общее количество детей, относимых к группе риска (ГР) и патологии, составило: до 1 года – 30 %; в 3 года – 55 %; в 5 лет – 71 %. Структура выявленных нарушений специфична для каждой возрастной подгруппы: у детей раннего возраста преобладают нарушения сенсомоторной сферы, задержка речевого развития; к пяти годам присоединяются нарушения памяти, внимания, задержка психического развития (ЗПР) [10].

Биосоциальная модель психического здоровья предполагает наличие и взаимодействие биологических, психологических и социальных компонентов жизнедеятельности. В этиологии психических нарушений выявлено множество разнообразных **факторов риска** (ФР), играющих патогенную роль в формировании различных отклонений в развитии. Среди них выделяют группы [44]:

- медико-биологические (связанные с периодом беременности и родов, генетические);
- медико-социальные (низкий материальный доход, неполные семьи, с детьми-инвалидами и др.);
- факторы, связанные с условиями жизни (проблемы экологии, низкое качество питания, гиподинамия, стресс, негармоничное воспитание);

- медико-организационные (снижение профилактической направленности медицины, недостатки в системе медицинской помощи отдельным группам детского населения и др.).

Психическое развитие детей во многом определяется неонатальным периодом. В последние десятилетия уровень здоровья новорожденных в стране значительно снизился. Перинатальными поражениями центральной нервной системы (ППЦНС) обусловлены индивидуальные отклонения в психофизиологическом состоянии ребенка, сочетание разных видов отставания в нервно-психическом развитии с разнообразными нарушениями поведения [1].

По современным данным ППЦНС составляют большую гетерогенную группу патологических состояний. В классификации ППЦНС новорожденных выделены четыре основные группы повреждений в зависимости от ведущего механизма повреждения [27]:

- гипоксические;
- травматические;
- токсико-метаболические;
- инфекционные.

ППЦНС лежит в основе патогенеза формирования значительной части нарушений развития и становления высших психических функций (ВПФ). Известно, что в возникновении ППЦНС ведущую роль играют факторы, воздействующие в период беременности.

Механизм патогенеза ППЦНС большинство авторов связывают с **гипоксическими** повреждениями головного мозга, в основе которых лежит целый комплекс этиологических факторов. Гипоксия, приводящая к органическим повреждениям ЦНС, обусловлена рядом причин, как правило, связанных с состоянием здоровья женщин, особенностями течения беременности и родов. При гипоксическом поражении ЦНС практически во всех случаях отмечается осложненное течение беременности, значительную роль при этом играют гестозы, угроза прерывания, патологические роды. Гипоксия является следствием фетоплацентарной недостаточности, часто обусловленной внутриутробными инфекциями (ВУИ) и поражением плаценты. Гипоксия и асфиксия часто сопутствуют родовой травме и могут быть одним из ее патогенетических звеньев. Отмечают связь гипоксии с внутриутроб-

ной задержкой развития плода, длительным безводным периодом, тугим обвитием пуповины, судорогами новорожденных.

Первичное определение тяжести гипоксии проводится с использованием шкалы Апгар. Вместе с тем четкая взаимосвязь между шкальными оценками и отдаленным прогнозом развития ребенка отсутствует. Низкие оценки по шкале Апгар не могут быть единственным критерием перенесенной гипоксии. Сложность в прогнозировании исхода могут представлять дети, состояние которых оценивается по шкале Апгар в 6 – 7 баллов, особенно при отсутствии указаний на ППЦНС [5].

Второе место в структуре заболеваемости новорожденных после гипоксии и асфиксии в родах занимают **внутриутробные инфекции**. Наряду с церебральной гипоксией – ишемией нейроинфекции являются ведущим этиологическим фактором неонатальных судорог, являющихся ФР различных нарушений нервно-психического развития [27].

Почти в 90 % случаев при наличии в анамнезе у матери клинически выраженных признаков острого респираторного заболевания (ОРЗ) и гриппа и самопроизвольном прерывания беременности в паренхиматозных органах плодов и умерших новорожденных были выявлены признаки либо острой, либо хронически текущей врожденной вирусной инфекции, обусловленной вирусами краснухи, цитомегаловирусом, вирусом простого герпеса или их сочетанием. ОРЗ и грипп в этих случаях явились провоцирующим фактором прерывания беременности, а причиной смерти плода или новорожденного была генерализованная врожденная вирусная инфекция или врожденные пороки развития [28].

Важное значение среди медико-биологических ФР имеют: заболевания матери (хронический пиелонефрит, кольпит, хроническая урогенитальная патология), угроза прерывания беременности, простудные заболевания, токсикозы, анемия, профессиональные вредности, преждевременные роды, осложненные роды, особенно слабость родовой деятельности, стремительные роды, экстренные оперативные роды путём кесарева сечения.

В настоящее время в связи с широким распространением употребления алкогольных напитков в обществе, в том числе среди жен-

щин, значительную актуальность приобрела проблема курения и приёма алкоголя матерью во время беременности. Имеются данные о тератогенном влиянии на развитие ЦНС кофеинсодержащих напитков.

Большая роль в возникновении отклонений в психоречевом развитии принадлежит генетическим факторам. В этих случаях дефект может возникнуть под влиянием даже незначительных неблагоприятных внешних воздействий. Выделены семьи с повышенным риском рождения детей с отклонениями в развитии. К ним относятся семьи, где уже имеется ребенок с тем или иным дефектом или родственники с умственной отсталостью, шизофренией, нарушением слуха и пр.

Психические нарушения могут быть обусловлены как дефектами ЦНС, так и неблагоприятной **социальной средой**. Биологическим факторам ученые придают решающее значение лишь в первые месяцы жизни ребенка; в последующем возрастает роль социально-психологических и, прежде всего, внутрисемейной ситуации. Эти две группы ФР в большинстве случаев тесно взаимосвязаны.

Значительно чаще в семьях, имеющих детей с нервно-психическими отклонениями, встречаются неблагоприятные условия микросреды. Наибольшую значимость имеют следующие социальные ФР: воспитание ребенка с рождения в неполной семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия, низкий образовательный уровень матери [5]. Низкий культурный и образовательный уровень родителей является существенным ФР, который часто сопряжен с другими социально-психологическими факторами, что может приводить к различным видам депривации (сенсорной, эмоциональной, психической), тормозящей развитие ребенка. Уровень материально-бытовых условий в семьях, имеющих детей с проблемами развития, нередко ниже, чем в семьях здоровых детей. Среди первых значительно выше число семей, имеющих низкий санитарно-гигиенический уровень, проживающих в общежитиях, с наличием в семье безработных. Семьи детей с отклонениями в развитии реже отмечают относительно благополучные внутрисемейные отношения и чаще – конфликтные и нестабильные, нередко связанные с нежеланностью рождения ребенка. По мнению ряда исследователей, нежеланная бе-

ременность представляет высокий риск для здоровья детей раннего возраста, являясь пренатальной депривацией,

Дети дошкольного возраста обладают повышенной чувствительностью к воздействию социальных факторов, т.к. в этот период созревает и совершенствуется ЦНС и ее функциональная деятельность. Уровень психического развития в значительной мере определяется средой, окружающей ребенка в раннем детстве [14]. Психосоциальный контекст семьи и условия воспитания играют определенную роль в генезе как интеллектуальных нарушений, так и в возникновении осложняющих развитие характерологических и личностных расстройств.

Дефекты воспитания, неудовлетворительное отношение к здоровью ребенка, отсутствие желания и возможности создать оптимальные условия для его развития, отсутствие сотрудничества со специалистами рассматриваются как главные показатели неблагополучия семьи по отношению к ребенку. Особенно патогенна для детей эмоциональная депривация, которая ведет не только к нарушениям развития, но и к неконтактности, депрессивности в раннем детстве, а впоследствии – к асоциальному развитию личности.

Существует взаимосвязь нервно-психического напряжения родителей и детей. На примере неврозов, как психогенного заболевания детей, А.И. Захаров делает вывод о взаимном влиянии нервного состояния родителей и детей, подчеркивая, что в большинстве случаев возникновению невроза у детей предшествует невроз матерей, реже отцов [13].

У матерей часто выявляется тенденция к потворствующей гиперпротекции, включающей гиперопеку, минимальность наказаний, требований и запретов к ребенку; у отцов – гипопротекция, проявляющаяся в пассивности, безразличии и эмоциональном отвержении. Противоречивые родительские установки – чрезмерная забота, с одной стороны, эмоциональное отвержение, с другой – приводят к искаженному восприятию проблемы у ребенка. Причинным фактором нарушенных детско-родительских отношений может являться воспитательная неуверенность.

Отклонения в интеллектуальном и эмоциональном развитии ребенка могут служить источником частых конфликтов с социальным

окружением. В решении проблем семьей возможны два направления: **деструктивное** и **конструктивное**. Первое проявляется сокрытием или смягчением факта нервно-психических нарушений у ребенка, нарастанием конфликтности и социальной изоляции семьи, неадекватным воспитанием ребенка и переложением ответственности за его обучение и поведение на образовательное учреждение. При конструктивном развитии семья находит контакты с врачами и педагогами, являясь при этом творческим создателем социальной микросреды [5].

Семьи, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, имеют ряд характерных проблем:

- выраженную тревогу и беспокойство, вызванное отставанием ребенка в развитии от сверстников;
- отсутствие необходимых знаний по психологии и педагогике аномального ребенка;
- отсутствие опыта работы с психологом на ранних этапах развития;
- пассивность позиции матери в отношениях «специалист – мать – ребенок».

Множество различных сочетаний медико-биологических и психосоциальных факторов может приводить к высокой степени риска возникновения нарушений психического развития детей с ранних этапов онтогенеза. ФР связаны как с большим распространением, так и с большей вероятностью возникновения патологии, воздействуя на которые, можно уменьшить риск развития нарушений. Мультифакторный и сочетанный характер неблагоприятных воздействий затрудняет прогнозирование уровня и качества нарушений. Учитывая, что, сочетаясь, ФР усиливают действие друг друга и повышают вероятность развития отклонений, профилактика предполагает комплексное воздействие на ФР, выявленные у ребенка.

1.2. Прогностические медико-биологические факторы

Современные проблемы охраны психического здоровья детей определяются и на Севере России. Особенностью детей, живущих в условиях воздействия комплекса природно-климатических, соци-

ально-экономических и экологических факторов Севера, является то, что ещё до рождения они имеют значительно больше ФР нарушения здоровья. Сниженный уровень состояния здоровья детского населения в целом находит отражение и в проблемах нервно-психического здоровья детей [23; 24].

Нами изучены ФР в анамнезе детей раннего и дошкольного возраста с нормой развития, задержкой психического развития (ЗПР) и нарушениями речи (863 ребенка) в г. Архангельске (1998 – 2008).

Выявлено, что отсутствие гипоксии было более свойственно детям без отклонений в развитии, а также детям с нарушениями речи, но без признаков вторичной ЗПР; среди последних – детям с наиболее легкими нарушениями речи. Дети с ЗПР, в отличие от детей с речевой патологией (РП), имели гипоксию практически во всех случаях. Тяжелая гипоксия отмечалась только в случаях с психоречевыми нарушениями. Вместе с тем гипоксия легкой и средней степени тяжести наблюдалась в большой и очень разнородной по характеру и степени тяжести психической и речевой патологии группе детей. Легкая и средней тяжести гипоксия отмечалась и у детей с нормой развития, что подтверждает высокую пластичность и компенсаторные возможности ЦНС. По мнению Ю.И. Барашнева, предсказать потенциал компенсации в каждом конкретном случае практически невозможно, однако можно предполагать степень риска церебральных гипоксическо-ишемических расстройств [1].

Особое внимание следует обращать на детей, перенесших легкую гипоксию, имеющих впоследствии выраженные психоречевые нарушения. Неадекватные реабилитационные мероприятия (не в полном объеме) на первом году жизни, в связи с отсутствием тяжелого состояния при рождении ребенка, его недостаточные компенсаторные возможности и негативные средовые факторы могут привести к значительным отклонениям в развитии этих детей в отдаленном периоде. Указания в медицинской документации на перенесенную гипоксию и ее степень тяжести имеют важное значение как для дифференцированного наблюдения детей в раннем возрасте (табл. 1), так и для прогноза развития ребенка в отдаленном периоде.

Гипоксия и ишемия наиболее часто обуславливают ППЦНС, последствиями которых являются задержка речевого развития, нару-

шения моторного развития, гипервозбудимость, синдром дефицита внимания и гиперактивности и пр.

Обращают на себя внимание дети дошкольного возраста без явных отклонений в психическом здоровье, у которых на первом году жизни был поставлен диагноз ППЦНС (до 37 %). Это свидетельствует о сложности прогнозирования психической и речевой патологии на ранних этапах развития ребенка и требует дополнительных инструментальных обследований, отражающих структурные уровни поражения ЦНС (в т.ч. нейросонографию (НСГ) на первом году жизни), а также данных нервно-психического развития ребенка, включая психолого-педагогическую характеристику.

При выявлении детей группы риска необходимо в оценке динамики развития основное внимание уделять неврологическому статусу в период новорожденности. У 20 % детей с ППЦНС к 7 – 9 месяцу жизни диагностируется явное психоневрологическое расстройство. У 80 % детей с ППЦНС наблюдается исход в виде различных резидуальных явлений [3]. Перечень психоневрологических расстройств, которые можно расценивать как резидуальные, достаточно широк.

Особого внимания заслуживают дети, у которых с первых дней жизни обнаруживаются не грубые, но стойкие неврологические расстройства (синдромы повышенной возбудимости, мышечной гипертонии, гиперрефлексии, внутричерепной гипертензии и др.). С возрастом ребенка эти незначительные расстройства, остающиеся без коррекции, усиливаются, приводя к нарушениям речи, трудностям обучения и поведения.

В нашем исследовании дети с отклонениями в развитии, в сравнении со здоровыми, уже с рождения отличались большей распространенностью гипертензионно-гидроцефального синдрома, общего угнетения ЦНС, синдрома двигательных нарушений [7].

Синдром общего угнетения ЦНС среди здоровых детей практически отсутствовал. Кроме того, он встречался тем чаще, чем выраженнее была форма патологии. По данным литературы, эти синдромы более свойственны гипоксическому поражению головного мозга средней степени тяжести.

Для детей с легкими формами поражения мозга характерен синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Это сви-

детельствует о различной чувствительности мозговых структур к гипоксии, зависящей, вероятно, от особенностей метаболизма и кровоснабжения и проявляющейся в дальнейшем разными формами речевых и психических отклонений.

Определенная зависимость была обнаружена и в частоте синдрома двигательных нарушений. Последний встречался у детей с выраженными формами патологии в 3 раза чаще, чем у детей с легкими речевыми нарушениями и у здоровых детей. Другие симптомы (спинальная недостаточность, пирамидная недостаточность, миотонический синдром) не имели прогностической значимости.

Интересными могут быть данные по группе здоровых детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) общего типа, но имеющих в раннем анамнезе темповую задержку речевого развития. В два раза чаще, чем для детей с нормой развития, им были свойственны симптомы, свидетельствующие о перенесенной ими как легкой, так и средней степени тяжести гипоксии головного мозга (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – 27 %; гипертензионно-гидроцефальный синдром – 23 %). Вместе с тем в этой группе отсутствовали дети с синдромом общего угнетения ЦНС и редко встречались дети с синдромом двигательных нарушений. Из этого может следовать, что эти дети с рождения имели высокие природные компенсаторные возможности головного мозга и проблемы психоречевого развития скомпенсировались у них к дошкольному периоду без дополнительной специализированной психолого-педагогической помощи. С другой стороны, этих детей следует отнести к группе высокого риска, поскольку с началом школьного обучения при возрастающей нагрузке они могут испытывать значительные трудности в обучении.

По результатам наших исследований большое прогностическое значение в формировании отклонений в развитии имеют факторы, связанные с особенностями периода беременности: угроза прерывания и токсикоз I половины, острые респираторные заболевания матери. Относительно высокими были показатели токсикоза II половины беременности, анемии, урогенитальной патологии, но они мало отличались от показателей в группе детей с нормой развития.

Данные литературы убедительно показывают, что нарушения возникают тем легче и чаще, чем больше признаков отклонений обнаруживается в анамнезе. Существует предел физиологической переносимости ЦНС плода. Большое количество ФР предрасполагает к рождению детей с малой массой тела, с более низкой оценкой по шкале Апгар и с более стойкой и грубой неврологической симптоматикой.

В нашем исследовании дети с психоречевой патологией еще внутриутробно имели больше ФР отклонений в развитии, чем нормально развивающиеся. Дети с ЗПР имели более выраженные тяготящие ФР по сравнению с РП, что привело к более глубоким нарушениям в ЦНС. Встречаемость ряда вышеперечисленных негативных факторов и патологических состояний у здоровых детей отражает не столько патогенное влияние отдельных ФР, сколько свидетельствует о большей вероятности поражения ЦНС при сочетанном их воздействии.

Следует отметить, что относительно высокий удельный вес ряда ФР у здоровых, нормально развивающихся с рождения, детей может в дальнейшем приводить к формированию пограничной нервно-психической патологии, не исключая в дальнейшем трудности в обучении.

Ещё одну группу риска составляют дети с задержкой формирования речи на ранних этапах развития, скомпенсированной к дошкольному возрасту. Эти дети, наряду с имеющими выраженными отклонениями в развитии, должны наблюдаться специалистами длительное время и своевременно получать медицинскую, психологическую и логопедическую помощь (табл. 1).

Катамнестические последствия тех или иных событий перинатального периода не всегда ясны, особенно при негрубых отклонениях от нормы у новорожденного. Нередки тяжелые неврологические дефекты в катамнезе у детей с негрубой неврологической симптоматикой и, наоборот, нормальное нервно-психическое развитие (НПР) детей с клинически очень тяжелыми расстройствами нервной системы сразу после рождения [46].

Отягощенность неблагоприятными факторами микросреды встречалась значительно чаще в семьях детей с отклонениями в развитии.

Это свидетельствует о том, что отклонения в психоречевом развитии в значительной мере могут быть обусловлены совокупностью неблагоприятных ФР. При этом дети с ЗПР имеют большую частоту встречаемостиотягощающих факторов по сравнению с детьми с РП. Следовательно, профилактика отклонений в психоречевом развитии должна быть направлена на снижение влияния неблагоприятных как медико-биологических, так и медико-социальных ФР.

Известно, что у детей в раннем возрасте наблюдается необычайная пластичность мозга, его чрезвычайная восприимчивость к внешним воздействиям. В случае поврежденного или дефицитарного развития ребенка ранняя диагностика дает возможность максимально раннего начала лечебно-реабилитационной работы, что является залогом успешного формирования компенсаторных механизмов, коррекции первично нарушенных психических и моторных функций при обратимых дефектах, профилактики вторичных отклонений в развитии.

Вместе с тем неадекватный воспитательный подход к детям с проблемами в развитии, имеющим нарушения в познавательной сфере, может приводить к вторичным нарушениям, усугубляющим задержку в развитии.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие медико-биологические факторы риска являются преобладающими в возникновении психических нарушений в детском возрасте?
2. Какова роль гипоксии в возникновении нарушений в развитии?
3. Покажите роль негативных факторов, связанных с условиями жизни, в формировании нарушений.
4. Охарактеризуйте предрасполагающие условия возникновения психических расстройств в раннем возрасте.
5. Какие неблагоприятные средовые факторы могут приводить к нарушениям психического здоровья у детей?
6. Покажите роль социальных факторов в возникновении психических нарушений.
7. Какие проблемы семейного воспитания наблюдаются в семьях с детьми с нарушениями в развитии?

8. Охарактеризуйте направления развития семей, имеющих детей с проблемами в развитии.

Клинический пример

Миша К., 4 года. Диагноз: общее недоразвитие речи, вторичная задержка психического развития.

Ребенок родился от I беременности, в возрасте матери 40 лет, I родов. Беременность протекала с анемией, хронической фетоплацентарной недостаточностью, миопией высокой степени. Роды в срок, путем кесарева сечения. Масса при рождении – 2700 г, длина – 48 см. Оценка по Апгар 6 – 7 баллов. Ребенок родился с признаками асфиксии, родовой травмой шейного отдела, синдромом дыхательных расстройств, мышечной гипотонией. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Мальчик наблюдался неврологом с рождения. Миша часто болел простудными заболеваниями. В раннем развитии он отставал от сверстников: в 1 год – лепетная речь, в 2 года произносил несколько слов, при этом речь понимал хорошо, рос любознательным. В 3 года у ребенка отмечался небольшой словарный запас, вместо предложений он пользовался одними словами. Миша единственный ребенок в семье. Семья полная. Образование родителей – среднее специальное. Материальный достаток в семье низкий. В семье создалась хроническая конфликтная ситуация у матери с отцом ребенка. У мамы отмечались завышенные требования к сыну, гиперсоциальный стиль воспитания.

Задержка в развитии ребенка была осложнена сопутствующими невротическими реакциями. Ребенок был очень неуверен в себе, несамостоятельный, избегал трудные ситуации. У мальчика были ярко выражены страхи. Наиболее значимые среди них – боязнь потерять маму, страх животных. Страх волка у ребенка был выражен настолько, что при виде игрушечного зверя Миша отказывался подходить к другим, рядом расположенным игрушкам, менялся в лице, бледнел, дрожал. Позже выяснилось, что мать перед тем, как уйти в ночную смену, укладывала сына спать и предупреждала, что если он не будет лежать спокойно, то придет волк и его заберет. Именно это и послужило развитию фобии у ребенка.

После проведенной психотерапии у мальчика значительно умень-

шилось количество страхов, он перестал избегать игрушечного волка, дома использовал сюжеты с этим персонажем. Изменилось и поведение Миши в группе, он стал активнее с детьми, общительнее, появился устойчивый интерес к занятиям. Сохранялась неуверенность в себе, но мальчик стал чаще принимать самостоятельные решения в трудных ситуациях.

Катамнез через два года: после логопедической группы детского сада ребенок начал обучение в речевом классе. Со слов мамы, у ребенка сохраняются страх темноты, собак (полгода назад Мишу укусила собака). Страх волка больше никогда не беспокоил. После речевого класса ребенок был переведен в класс общего типа.

В данном случае повышенный уровень тревожности у ребенка был обусловлен семейными факторами, что осложняло проведение коррекционной работы по преодолению речевого дефекта и задержки в развитии. Даже на фоне полной коррекции речевых проблем, эмоционально-волевое развитие ребенка страдало, поскольку уровень тревожности оставался высоким.

Глава 2. ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ВРАЧАМИ-ПСИХИАТРАМИ

Раннее выявление психических отклонений – важная задача для детских психиатров. Долгое время в нашей стране в первые три – четыре года жизни ребенка родители редко обращались к психиатру (за исключением – расстройств аутистического спектра (РАС), олигофрении, ранней шизофрении). Дети раннего возраста, в т.ч. с распространенной пограничной патологией, находились вне сферы специализированной психиатрической помощи.

Дифференцированный подход в наблюдении детей определился в 70-е годы прошлого столетия. Выделение пяти основных групп здоровья до настоящего времени является основой индивидуального наблюдения, оздоровления, лечения. К группе практически здоровых новорожденных относят от 5 до 30 % детей; от 5 до 20 % детей первых месяцев жизни относятся к имеющим стойкие нарушения здоровья. Подавляющее большинство относится ко II группе (группе риска). Сроки и содержание диспансерного наблюдения за последнее десятилетие принципиально не изменялись. Однако конкретное содержание такого наблюдения требует внесения изменений на современном этапе. В том числе это касается детей с ППЦНС, особенно недоношенных детей, требующих наблюдения психолога и специалиста по коррекционной педагогике [45].

Экспериментальные исследования показали, что не каждый ребенок, относимый к ГР по психическим отклонениям, состоит на учете у невролога; с другой стороны, не каждый ребенок, состоящий на таком учете, имеет нарушения психического развития [10].

Психиатрия раннего возраста имеет свои особенности: изучение психики ребенка затруднено (беседа с ребенком малоинформативна, взаимодействие ограничено); речевые отклонения нередко выявляются с опозданием; ограничены возможности медикаментозной терапии. Отсутствуют диагностические критерии для большинства психических отклонений раннего возраста. Международные классификации нарушений психического здоровья и развития в младенче-

стве и раннем детстве мало известны в нашей стране. В настоящее время ведется работа по их адаптации и апробации на российских выборках.

Ребенок раннего возраста может иметь целый комплекс проблем – от нарушений в развитии до отклонений в развитии личности в более поздние сроки. К трем годам, в результате недостаточной диагностики, они могут перерасти в более сложную патологию.

Родители детей с различными нервно-психическими расстройствами часто не предъявляют жалоб детским врачам из-за непонимания родителями болезненного характера имеющихся нарушений и страха перед осмотром врачом-психиатром.

Участковые педиатры в первичном звене амбулаторной помощи в большинстве случаев не имеют специального опыта в дифференциально-диагностической оценке психического состояния и необходимых лечебно-реабилитационных мероприятиях. Углубленной диагностической оценкой выявленных проблем занимаются в первую очередь неврологи. Вопросы организации реабилитационной помощи и медико-психолого-педагогической коррекции детям раннего возраста в первичном звене здравоохранения остаются нерешенными. Необходима подготовка психиатров, ориентированных на ранний возраст.

Динамическое наблюдение за развитием ребенка является одним из важных направлений деятельности амбулаторно-поликлинического звена.

Комплексная оценка состояния здоровья должна обеспечить индивидуальный подход в проведении лечебно-профилактических мероприятий. В оценке здоровья детей раннего возраста особое внимание необходимо уделять биологическому и генеалогическому анамнезу и фактическому уровню НПП [14], в определении которого используются показатели, отражающие последовательность и возрастные сроки формирования навыков и умений.

2.1. Методологические основы оценки психического развития

Для детского психиатра при проведении профилактических осмотров особую актуальность имеет оценка психического здоровья

ребенка с использованием методик, не требующих больших временных затрат. В научной медицинской и психолого-педагогической литературе вопросы ранней диагностики отклонений в развитии обсуждаются очень широко. К сожалению, в настоящее время в отечественном здравоохранении нет единой, унифицированной методики оценки уровня развития и качества нервно-психического здоровья детей раннего возраста. Само обследование ребенка в непривычных для него условиях может привести к искажению оценки его реальных достижений и знаний. Время, отведенное психиатру на профилактический осмотр, не учитывает и не включает период адаптации ребенка к незнакомой обстановке. На настроение и поведение ребенка могут оказывать влияние многие факторы: настрой и поведение родителей, их общение с врачом, правильность понимания ими цели осмотра, время и место осмотра, характер предъявляемых ребенку вопросов и заданий и пр. В связи с этим особое внимание необходимо уделять тщательному подбору методик обследования, которые в условиях приема должны быть не только результативными, но и малозатратными по времени. Не исключается возможность использования опросников для родителей, заполненных ими накануне приема.

В условиях организации профилактического (диспансерного) осмотра наиболее оптимальным представляется стандартизированный комплекс психодиагностических методик для детей определенного возраста с минимумом вопросов и тестовых заданий, но достаточный для оценки психического здоровья и выявления отклонений.

Порядок прохождения медицинских осмотров определяется правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних [32].

Критериями комплексной оценки состояния здоровья являются:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- уровень функционального состояния основных систем организма;

- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Оценка психического развития (состояния) в карте профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего подразумевает следующее:

- для детей в возрасте 0 – 4 лет отмечается возраст развития познавательной, моторной, эмоциональной и социальной (контакт с окружающим миром) функций; предречевое и речевое развитие;
- для детей в возрасте от 5 лет отмечается норма или нарушения психомоторной сферы, интеллекта, эмоционально-вегетативной сферы.

Таким образом, профилактический осмотр врачом-психиатром позволяет выявить следующие **категории** детей:

- здоровые, без отклонений в развитии;
- группа риска (ГР) психической патологии;
- с нарушениями в развитии (умственная отсталость, задержка психического развития, нарушения речевого развития, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и пр.);
- с симптомами и синдромами психических расстройств и заболеваний.

2.2. Группы риска психической патологии

Основываясь на результатах многолетнего изучения детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями развития мы выделили следующие ГР.

Дети 1-го года жизни:

- дети с сочетанным воздействием ФР и ППЦНС*;
- дети с сочетанным воздействием ФР без указания на ППЦНС, имеющие задержку НПР на 1-м году жизни;
- дети с сочетанным воздействием ФР без задержки НПР на 1-м году жизни.

Примечание: * – дети с явной патологией, наблюдающиеся регулярно у педиатра и невролога, получающие восстановительные курсы лечения.

Дети с 1 года до 3 лет:

- дети 2-го, 3-го года жизни с задержкой НПР на 1-м году жизни;
- дети 2-го, 3-го года жизни, с установленным диагнозом ППЦНС на 1-м году жизни, снятые с диспансерного наблюдения неврологом, без задержки НПР;
- дети 2-го, 3-го года жизни с сочетанным воздействием ФР, без ППЦНС, без задержки НПР на 1-м году жизни.

Дети с 4 до 6 лет:

- дети дошкольного возраста с отклонениями в психическом и речевом развитии;
- дети дошкольного возраста без отклонений в психическом и речевом развитии, имеющие в раннем анамнезе задержку в развитии речи.

Выбор схемы наблюдения должен основываться на утвержденных сроках прохождения медицинских осмотров детей этого возраста. Желательна, особенно для детей ГР, оценка развития ребенка в «критические» периоды (3, 6, 9, 12 мес.). Рост числа врожденных аномалий делает целесообразным участие в диспансеризации дополнительных врачей-специалистов [45].

Основываясь на современных принципах оказания комплексной помощи, нами предложены схемы, не противоречащие принятым на настоящем этапе, но включающие осмотры и динамическое наблюдение специалистов немедицинского профиля (табл. 1) [5]. Проведение дополнительных исследований позволяет определить детей с риском отдаленных нарушений развития. Наиболее оптимальным вариантом оказания помощи является **командная форма** работы.

Диспансерное наблюдение **педиатром** и **неврологом** должно осуществляться согласно срокам наблюдения за здоровыми детьми и с проблемами в здоровье. При этом преемственный характер помощи определяет необходимость особого внимания педиатров к детям первого и/или второго годов жизни, снятых с неврологического наблюдения по причине выздоровления с полным угасанием неврологической симптоматики.

Для более раннего выявления психических расстройств у детей и как можно более ранней их коррекции с 2013 года **врачей-психиатров** включили в перечень специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров детей (диспансеризации) в возрасте до трех лет. Одна из сложных задач – объяснить родителям важность и необходимость психиатрического ведения ребенка с выявленной патологией с назначением по мере необходимости психофармакологического и психотерапевтического лечения.

На наш взгляд, наблюдение **клиническим (медицинским) психологом**, компетентным в вопросах возрастной и специальной психологии и владеющим психологическими методами изучения ребенка, могло бы в подавляющем большинстве случаев заменить осмотр врачом-психиатром детей в раннем возрасте.

Регулярные наблюдения **психологом**, начиная с первого года жизни, дадут педиатру и педагогу ценную информацию о взаимодействии взрослых с ребенком, а также дополнительные сведения о ходе его эмоционального и когнитивного развития. Особенно нуждаются в психологическом обследовании дети ГР. Совместно с психотерапевтом психолог проводит психокоррекционную работу по оптимизации детско-родительских отношений.

Наблюдение **педагогом**, начиная с первого года жизни, диктуется необходимостью отслеживать развитие ребенка, имеющего высокий риск нарушений в развитии. Именно педагог, работающий с такими детьми, может быть активным помощником педиатру в оценке НПП, особенно в тех случаях, когда ребенок уже не нуждается в постоянном наблюдении невролога. Кроме того, педагог обучает родителей навыкам взаимодействия с малышом и дает рекомендации по его развитию.

Социальный педагог дополняет информацию о семейном микроклимате и социальном окружении ребенка. Именно социальный педагог дает подробную характеристику медико-социальных ФР в семье, необходимую педиатру и неврологу. Совместно с психологом он обучает семью необходимым навыкам для оптимального развития конкретного ребенка.

Осмотр **логопедом** и логопедическая коррекция часто необходимы уже с ранних сроков развития ребенка. Важно, чтобы в уч-

реждениях здравоохранения специалист по развитию речи имел возможность работать с детьми раннего возраста в единой команде с вышеперечисленными специалистами. Особенно важна его помощь в тех случаях, когда ребенок хорошо развивается в моторном развитии, не нуждается в помощи невролога и педиатра, но имеет неблагоприятный анамнез или его родители мало осведомлены о речевом развитии детей. Коррекция речевых отклонений в ранние сроки не приведет в дальнейшем к более сложным проблемам.

Дети раннего возраста, имеющие задержку НПР на первом году жизни, должны быть проконсультированы **дефектологом**. Коррекционная помощь наиболее эффективна в ранние сроки. Принцип преемственности будет соблюдаться только в том случае, если и педиатры, и неврологи поликлиник будут направлять детей с отклоняющимся психическим развитием на консультацию к дефектологу. В выявлении таких детей им должны помогать психологи и педагоги, работающие с детьми от 0 до 3 лет. Дети дошкольного возраста должны получать комплексную помощь в условиях специализированного учреждения.

Таким образом, в условиях динамического наблюдения за детьми важен **командный подход** к ведению того или иного ребенка, основанный на принципах преемственности и взаимодействия. Именно в этом случае помощь детям с проблемами в развитии можно назвать комплексной. В наблюдении детей до трех лет такой характер помощи вполне может быть оказан в условиях амбулаторного звена с уже развитой сетью диспансерного наблюдения. Для этого необходимо усилить поликлиническое звено медико-социальной структурой по работе с детьми раннего возраста с введением ряда специалистов, прежде всего медицинского психолога, социального педагога и/или специалиста по социальной работе. В дошкольном возрасте дети с нарушениями в развитии посещают специализированные учреждения, где предусмотрены разные формы работы.

Таблица 1

Рекомендуемые сроки командного наблюдения детей раннего и дошкольного возраста с перинатальным поражением ЦНС

Группы наблюдения	Специалисты	Сроки наблюдения	
Дети 1-го года жизни	Дети с сочетанным воздействием ФР и ППЦНС*	Педиатр Невролог Педагог и/ или психолог Социальный педагог	В установленные сроки диспансерного наблюдения Согласно индивидуальной программе реабилитации
	Дети с сочетанным воздействием ФР без указания на ППЦНС, имеющие задержку нервно-психического развития на 1-м году жизни	Педиатр Невролог Педагог и/или психолог Социальный педагог	В установленные сроки диспансерного наблюдения Ежемесячно на первом году жизни или согласно индивидуальной программе реабилитации
	Дети с сочетанным воздействием ФР без задержки нервно-психического развития на 1-м году жизни	Педиатр Невролог Педагог и/ или психолог Социальный педагог	В установленные сроки наблюдения за здоровым ребенком 1-го года жизни На первом году жизни
Дети с 1 года до 3 лет	Дети 2-го, 3-го года жизни с задержкой нервно-психического развития на 1-м году жизни	Педиатр Психиатр Невролог Педагог Психолог Социальный педагог Логопед Дефектолог	В установленные сроки наблюдения за здоровым ребенком 2-го, 3-го года жизни Не реже 1-2 раз в год Не реже 1 раза в 3 – 6 мес Не реже 1 раза в 3 – 6 мес 1-2 раза в год 1–2 раза в год, при необходимости – логопедическая коррекция При необходимости
	Дети 2-го, 3-го года жизни, с установленным диагнозом ППЦНС на 1-м году жизни, снятые с диспансерного наблюдения неврологом, без задержки нервно-психического развития	Педиатр Психиатр Невролог Педагог Психолог Социальный педагог Логопед	В установленные сроки наблюдения за здоровым ребенком 2-го, 3-го года жизни При необходимости Не реже 1 раза в 3 – 6 мес Не реже 1 раза в 3 – 6 мес 1 – 2 раза в год 1 –2 раза в год, при необходимости – логопедическая коррекция

Группы наблюдения		Специалисты	Сроки наблюдения
	Дети 2-го, 3-го года жизни с сочетанным воздействием ФР, без ППЦНС, без задержки нервно-психического развития на 1-м году жизни	Педиатр Психиатр Невролог Педагог и / или психолог Социальный педагог Логопед	В установленные сроки наблюдения за здоровым ребенком 2-го, 3-го года жизни 1 раз в 6 мес При необходимости 1 раз в год
Дети с 4 до 6 лет	Дети дошкольного возраста с отклонениями в психическом и речевом развитии	Педиатр Невролог Психолог Психиатр Дефектолог Логопед Социальный педагог	В установленные сроки наблюдения за здоровым ребенком дошкольного возраста Организация комплексной специализированной помощи через медико-психолого-педагогическую комиссию
	Дети дошкольного возраста без отклонений в психическом и речевом развитии, имеющие в раннем анамнезе задержку в развитии речи	Педиатр Невролог Психолог Логопед Социальный педагог	В установленные сроки наблюдения за здоровым ребенком дошкольного возраста 1 раз в год 1 – 2 раза в год При необходимости

Примечание: * – дети с явной патологией, наблюдающиеся регулярно у педиатра и невролога, получающие восстановительные курсы лечения.

2.3. Полипрофессиональная бригада в детской психиатрической практике

В отношении **детей с отклонениями в развитии** деятельность команды специалистов необходимо строить исходя из концепции психосоциальной помощи семьям, имеющим таких детей. Целевая ориентация командной работы – повышение уровня психосоциальной адаптации семей, воспитывающих проблемных детей, что, в конечном итоге, будет способствовать повышению качества жизни (КЖ) этой категории населения.

Основными **задачами совместной деятельности** являются:

- разработка индивидуальных реабилитационных программ;
- профилактика различного рода вторичных отклонений в развитии ребенка;
- изменение отношения окружающих к проблемам семей и детей;
- правовая защита детей и их семей;
- сохранение и укрепление семейного микроклимата.

В то же время комплексная помощь не должна приводить к замене функций семьи, а должна стимулировать ее активность в развитии ребенка.

Командный метод работы может быть использован и как способ разработки совместных решений, поиска перспектив новых направлений, и как осуществление конкретных шагов в реализации реабилитационных программ. Рационально использованная компетенция группы имеет большее значение, чем сумма знаний и умений ее отдельных членов. Каждый член группы имеет свою компетенцию и свою профессиональную ответственность за предпринятые меры лечения, коррекции и реабилитации.

Для оказания психиатрической помощи детям с отклонениями в психическом и речевом развитии нами была разработана и апробирована модель команды, куда вошли специалисты с разным профессиональным образованием [5]. Основная рабочая группа состояла из врачей – психиатра (психотерапевта), клинического психолога, специалиста по социальной работе (схема 1). В общую рабочую группу может входить и другой медицинский (педиатр, невролог и др. по показаниям) и педагогический (дефектолог, логопед и др.) персонал.

Совместная работа в составе многопрофильной бригады, осуществляющей специализированную помощь детям с отклоняющимся развитием, позволила определить каждому **специалисту медицинского звена** свое поле деятельности.

Врач-психиатр:

- выявляет особенности нервно-психического и интеллектуального развития детей;
- наблюдает детей в ходе коррекционных занятий и в свободной деятельности;

- проводит психофармакотерапию в зависимости от выявленной патологии;
- принимает участие в консилиумах специалистов по вопросам диагностики и коррекции на начальных, промежуточных и заключительных этапах работы;
- проводит консультативную работу с персоналом по вопросам организации коррекционной работы;
- осуществляет контроль за состоянием нервно-психического здоровья детей во время проведения комплекса лечебных мероприятий;
- осуществляет взаимосвязь с лечебными и специализированными детскими учреждениями;
- проводит оценку эффективности лечебно-реабилитационных программ.

Врач-психотерапевт:

- проводит необходимые диагностические исследования с интерпретацией результатов;
- проводит диагностику сопутствующей интеллектуальным и речевым нарушениям пограничной нервно-психической патологии;
- выявляет детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями;
- проводит психотерапию с учетом возраста и имеющихся отклонений у ребенка;
- проводит семейное консультирование и семейную психотерапию;
- проводит комплексную психопрофилактическую работу с семьями;
- осуществляет консультативную работу с персоналом;
- совместно с педагогами, психологом, специалистом по социальной работе проводит оценку эффективности лечебно-реабилитационных программ.

Клинический психолог:

- по направлению врача проводит психодиагностические исследования и диагностические наблюдения за пациентами;

- выявляет детей с факторами риска психических расстройств;
- выявляет условия, способствующие формированию отклонений в развитии;
- совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных факторов;
- проводит работу по коррекции отклонений в развитии личности ребенка;
- оказывает психологическую помощь семье ребенка и персоналу в решении личностных и профессиональных проблем;
- проводит работу по обучению персонала в области медицинской и социальной психологии;
- совместно с врачом и другими специалистами оценивает эффективность проводимых психокоррекционных и психопрофилактических программ.

Специалист по социальной работе:

- дает характеристику психосоциальной обстановки в семье ребенка;
- выявляет факторы риска нарушения социального функционирования ребенка и семьи;
- совместно с врачом разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации;
- по направлению врача организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации;
- проводит тренинги коммуникативных навыков;
- участвует в организации групп интересов, объединений проблемных детей;
- проводит мероприятия по социально-правовой защите детей и их семей;
- осуществляет консультативную помощь персоналу;
- взаимодействует с организациями, оказывающими социальную помощь;
- совместно с врачом и психологом проводит оценку эффективности реабилитационных программ.

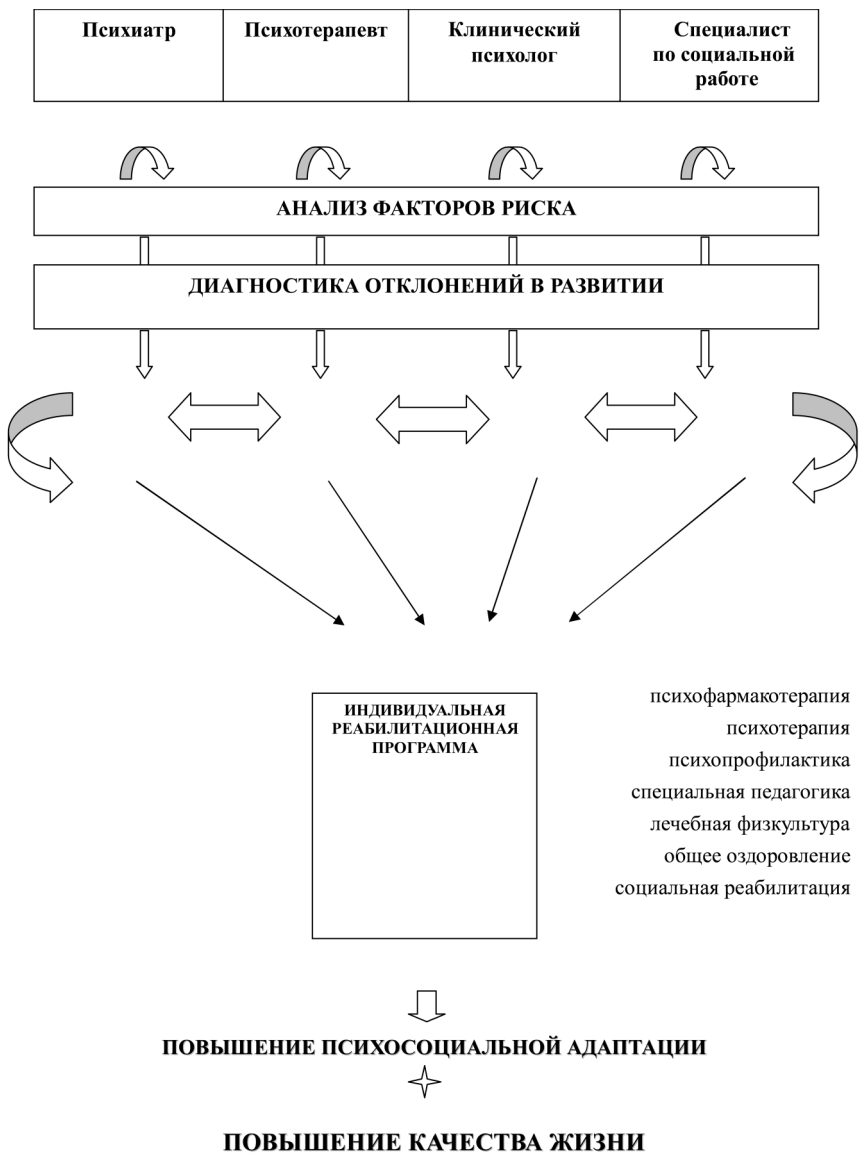


Схема 1. Модель взаимодействия специалистов в полипрофессиональной бригаде по оказанию психиатрической помощи детям с отклонениями в развитии

Учитывая особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, для оптимального сотрудничества с ними важными являются позитивность консультирования, преодоление пассивной позиции семьи, коррекция родительско-детских отношений, начиная с ранних этапов развития ребенка.

Бригадная форма работы в наибольшей степени позволяет снять негативное отношение у окружающих к проблеме конкретного ребенка, создать оптимистичный взгляд на проблему у родителей и педагогов. В более широких масштабах новая форма совместной работы будет способствовать изменению отношения к болезни в семье, школе и обществе.

Контрольные вопросы и задания

1. Чем вызвана необходимость создания в России единой государственной системы раннего выявления детям с отклонениями в развитии?
2. Каковы общие принципы диагностики психического развития?
3. Чем вызвана необходимость дифференцированной помощи детям дошкольного возраста с нарушениями в развитии?
4. Какие специфические задачи решает психиатр при массовых профилактических мероприятиях?
5. Раскройте понятие «полипрофессиональная бригада».
6. Какие специалисты входят в полипрофессиональную модель команды по оказанию помощи детям?
7. Какие вы знаете программы по охране психического здоровья детей раннего возраста?
8. Какие специалисты участвуют в оказании психопрофилактической помощи детям?
9. Назовите группы риска психической патологии.

Клинические примеры

Гриша Н., 5 лет. Диагноз: нарушение активности и внимания.

Родители ребенка обратились к психотерапевту с жалобами на повышенную двигательную активность мальчика и невнимательность. Хотя с программой ДОО Гриша справлялся, второй год ходил на подготовительные курсы к школе, педагоги и родители обращали внима-

ние на его неусидчивость как на занятиях, так и в домашней обстановке. Мальчик не произносил несколько звуков, и родители собирались обратиться к логопеду. Дополнительно ребенок занимался гимнастикой. Тренер сообщал о невнимательности, импульсивности ребенка, неумении следовать режиму занятий. В то же время родителей беспокоила некоторая осторожность и боязливость сына в незнакомых местах. В возрасте 4,5 года у ребенка при смене обстановки (поездке на юг) отмечался энурез, который прошел по возвращении домой, что свидетельствовало о повышенной возбудимости ЦНС.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от I беременности, I родов в 38 недель. Плод развивался на фоне внутриутробной гипоксии. С рождения у ребенка отмечался синдром спинальной недостаточности. На первом году жизни мальчик был беспокойным, возбудимым. До 6 месяцев наблюдался неврологом.

При обследовании ребенок хорошо вступал в контакт, иногда смущался при ответах на вопросы, смотрел на маму, искал ее поддержки. Уровень психического развития соответствовал возрастной норме. Ребенок хорошо ориентировался в пространстве и времени, имел представления об арифметических понятиях «больше», «меньше», «между», правильно называл цвета. Мальчик с интересом рассматривал игрушки. Во время беседы врача с родителями не отвлекал их и не пытался привлечь к себе внимания.

Были даны рекомендации по воспитанию и обучению ребенка (позитивное внимание и принятие, единая система требований, запретов и наказаний в семье, организация рабочего места, соблюдение режима дня, воспитание самоконтроля и саморегуляции поведения, развитие внимания, продолжение занятия спортом). В данном случае при адекватном воспитании проявления нарушенного внимания у ребенка вполне могут быть преодолены еще до обучения в школе. В дальнейшем родители не обращались за психотерапевтической помощью.

Женя Е., 6 лет. Диагноз: задержка психического развития, нарушение активности и внимания.

Мать обратилась к психотерапевту по поводу невнимательности ребенка на занятиях. Мальчик второй год посещал специализи-

рованную группу ДООУ. В детском саду с программой справлялся, но педагоги обращали внимание на излишнюю подвижность, неусидчивость, нарушение внимания у ребенка. В общении с детьми у мальчика проблем не было. В психическом развитии отставал от сверстников.

Из раннего анамнеза известно, что ребенок родился от II беременности, II родов, при возрасте матери 38 лет. Беременность протекала с угрозой прерывания в 6 – 8 недель, повышением артериального давления во втором триместре. Отмечалась внутриутробная гипоксия плода. При рождении ребенок закричал не сразу, отмечался тремор подбородка. Мальчик был выписан на 5-е сутки. У невролога не наблюдался. Моторное развитие ребенка на первом году жизни – по возрасту: начал сидеть с 6,5 месяцев, ходить – с 12 месяцев. Первые слова начал произносить в 1 год, но в дальнейшем речь формировалась с задержкой. К логопеду обратились поздно, в 5 лет.

При осмотре Женя хорошо вступал в контакт, при этом не сидел спокойно на стуле, постоянно хотел встать, а мама пыталась его удержать. Ребенку были предложены игрушки. Внимание у мальчика было неустойчивым, долго не задерживалось ни на одном предмете. При психологическом обследовании уровень развития ребенка оказался несколько ниже возрастной нормы: ребенок был ориентирован в пространстве и времени, знал времена года, но имел слабые математические навыки. У мальчика был затруднен звукобуквенный анализ слов. Мелкая моторика была значительно нарушена.

Было рекомендовано продолжать занятия в группе выравнивания с определением программы дальнейшего школьного обучения; были даны рекомендации по воспитанию и обучению ребенка с гиперактивностью и нарушением внимания. В данном случае гиперактивность ребенка сопутствовала ЗПР. Ребенок относился к ГР по нарушению школьной адаптации, поэтому наиболее оптимальным являлось начало обучения по коррекционно-развивающей программе в специализированном классе.

Глава 3. ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ

3.1. Раннее выявление нарушений в развитии

Эффективность восстановительного лечения детей с ППЦНС определяется двумя факторами – тяжестью перинатального поражения мозга и возрастом ребенка, в котором было начато адекватное и систематическое лечение.

Принципами ранней абилитации и реабилитации детей с отклонениями в развитии являются:

- своевременная диагностика нарушений;
- патогенетически обоснованная терапия;
- устранение и смягчение последствий ППЦНС;
- комплексный и преемственный характер помощи.

Контроль за психическим здоровьем детей с младенчества является одним из актуальных медико-психолого-педагогических направлений во многих зарубежных странах. В отечественной науке направление психиатрии раннего возраста (от 0 до 3 лет) начало развиваться с 1980-х годов. С выделением направления **микropsихиатрии** учеными была разработана классификация психических расстройств раннего детства. Микropsихиатрия как наука тесно связана с неврологией, но в то же время позволяет выявлять не только явные расстройства, но и минимальные нервно-психические отклонения. Особенно важным является необходимость соотнесения неврологических, психических и речевых нарушений. Микropsихиатрия занимается проблемами не только детей, но и их семей, поскольку все, что касается маленького ребенка, должно рассматриваться с учетом совокупности отношений его семьи и окружающего мира.

В 1992 году в России была принята международная программа «Абилитация младенцев», направленная на наиболее раннее (в первые три года жизни) выявление детей с отставанием в психическом развитии и коррекцию нарушений, определившая раннее вмешательство как новое клинико-психолого-педагогическое направление. Целью программы является обучение ребенка жизненно

важным навыкам, учитывая его реальные возможности. Одним из важных аспектов раннего вмешательства является то, что помощь детям с небольшими отклонениями в психическом и социальном развитии должна осуществляться не педагогами, а родителями. При этом необходимо обучать мать специальным приемам общения с ребенком, обеспечивать информацией о диагнозе, прогнозе, сопутствующих проблемах. В г. Архангельске за основу службы ранней помощи была взята шведская модель в рамках реализации проекта «Развитие детской абилитации Архангельской области» (2000–2008 гг.) и городской целевой программы «Семья и дети Архангельска» (2009 г.) [9].

Другим важным направлением ранней помощи детям было создание в 1994 году Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции с целью осуществления системы мероприятий, обеспечивающих постановку точного диагноза у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста с отклонениями в психическом и речевом развитии, а также организации и координации системы коррекционной помощи в г. Архангельске. Структурными подразделениями центра являлись городская психолого-медико-педагогическая комиссия, диагностический и коррекционный отделы [6].

К психическим отклонениям в раннем возрасте относят:

- резидуально-органические нарушения,
- депривационные синдромы,
- тревожно-фобические расстройства,
- депрессии,
- специфические нарушения сна и приема пищи,
- аутистические отклонения,
- задержку психического развития и пр.

Для большинства подобных психических отклонений раннего возраста отсутствуют диагностические критерии. Международные классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве малоизвестны в России. В настоящее время ведется работа по адаптации и апробации их на российских выборках. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3 и DC: 0-3R) (1994;

2005) разработана детскими психиатрами и психологами Европы и Америки. Классификация имеет междисциплинарный характер, построена на принципах многоосевой диагностики, её показатели стандартизированы.

Классификация содержит 5 независимых осей – направлений.

Ось 1. «Клинические нарушения». Содержит стандартизованные диагностические критерии психических расстройств у детей до 4 лет включительно.

Ось 2. «Классификация взаимоотношений». Стандарты для количественно-качественной оценки нарушений детско-родительских отношений (важный патогенетический фактор в ранней психопатологии).

Ось 3. Сопутствующие соматоневрологические отклонения, генетические данные и другие медицинские сведения.

Ось 4. «Психологические стрессоры». Отражает специфические стрессоры в раннем возрасте.

Ось 5. «Эмоциональное и социальное функционирование». Определяет уровень социально-эмоционального развития ребенка, оказывающий патопластическое влияние на клиническую картину.

Важным направлением в области охраны психического здоровья в детском возрасте является психопрофилактика. Психопрофилактика в раннем возрасте предполагает оценку социальной среды, которая оказывает непосредственное влияние на психическое развитие ребенка, а также включает диагностику и коррекцию отношений ребенка со взрослыми и сверстниками. Первичная психопрофилактика нервно-психических отклонений наиболее эффективна при максимально ранней их диагностике или выявлении групп повышенного риска на стадии предболезни. Важная роль в раннем определении проблем в развитии и поведении детей отводится родителям.

3.2. Основные подходы к оценке психического развития детей раннего возраста

Разнообразие методов исследования психического развития детей связано не только с существованием различных медицинских, педагогических и психологических подходов к этой проблеме, но и с

возрастом ребенка. Так, метод наблюдения для оценки психического развития детей второго года жизни не является достаточно валидным и надежным: на этом этапе онтогенеза психические функции, по которым оценивается развитие, ещё незрелы; для эффективной экспертной оценки требуется определенный практический опыт работы с детьми данного возраста [10].

Унифицированного инструмента оценки психомоторного развития детей раннего возраста в настоящее время нет. В решении этих задач исторически важная роль отводится психометрическому определению уровня развития ребёнка. Определение общего уровня интеллекта с помощью тестов берёт начало от шкал Бине (позже Бине – Симона), неоднократно модифицированных разными авторами. Наибольшей популярностью среди последних пользуется вариант Стендфорд – Бине, впервые позволивший определять коэффициент IQ в возрасте от 2,5 до 18 лет. В тестировании детей раннего возраста применялись разнообразные шкалы развития: таблицы Гезелла (от 4 нед. до 6 лет), шкалы развития младенцев Бейли (от 2 мес. до 2,5 лет), шкалы Мак Карти изучения способностей ребёнка (MSCA) (от 2,5 до 8,5 лет), шкалы Пиаже и другие. В настоящее время зарубежными специалистами широко применяются скрининговые исследования. Наиболее известна группа тестов Denver: Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ) и Denver Developmental Screening Test (DDST). При определении уровня психического развития ребенка раннего возраста авторы рекомендуют большее внимание уделять анамнезу и жалобам родителей, помогающим в первичной диагностике отклонений от нормы, а сами шкалы использовать при оценке динамики в лечении и коррекции.

Для педиатров сохраняет особую важность отечественная диагностическая методика оценки НПП детей первых трех лет жизни (методика Г.В. Пантюхиной с соавт.), не требующая больших временных затрат. В эпикризные сроки заполняется «Карта нервно-психического развития и поведения ребенка» с учетом особенностей детей раннего возраста. Наиболее значимым в первом полугодии являются зрительные и слуховые ориентировочные реакции, положительные эмоции и движения руки (с 4 месяцев). Значение движения руки особенно велико во втором полугодии (с 7 месяцев). В

этом же возрасте важную роль для развития функций играет понимание речи. На 2-м году жизни диагностируется дальнейшее развитие понимания и активной речи, сенсорное развитие, развитие игры и действий с предметами, движений, навыков. На 3-м году жизни – развитие активной речи, игры, изобразительной и конструктивной деятельности, движений, навыков, сенсорное развитие.

Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев) позволяет определять уровень психического развития и выявлять начальные проявления психических расстройств в возрасте от 1 месяца жизни до 3 лет [19].

Ребенку предъявляют диагностические тесты, исследуя пять сфер психической деятельности: сенсорное развитие (исследование зрения, слуха, рефлексорную тактильную чувствительность и индивидуальную тактильную чувствительность); эмоции; познавательную сферу (исследование внимания, экспрессивной и импрессивной речи, особенности мышления). В сфере поведения оценивают биологическое поведение, включающее пищевое поведение и навыки опрятности, а также социальное поведение, включающее формирование системы «мать – дитя» и общение с посторонними. На каждый возрастной период предъявляют 20 тестовых вопросов и оценивают каждое задание в баллах с последующим определением коэффициента психического развития. Определяют нормальное психическое развитие, риск возникновения нервно-психической патологии, нарушение НПП.

Специалистами Института раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург) на основе обследования более 20 000 детей раннего возраста отработаны методы работы с детьми с различными нарушениями, детьми групп медико-биологического и социального риска, собраны нормы и создана русская версия компьютерной программы для оценки уровня развития детей от рождения до 3,5 лет, основанная на Kent Infant Development (KID) и Child Development Inventory (RCDI) шкалах [41; 42]. Эти шкалы представляют собой вопросники, заполняемые родителями ребенка, описывающие разнообразные типичные формы поведения детей первых лет жизни.

Шкала Kent Infant Development Scale (KID Scale) (русская версия) предназначена для оценки уровня развития детей в возрасте от 2 до

16 месяцев или старших детей, чей возраст развития не превышает 16 месяцев. Шкала состоит из 252 пунктов, отражающих пять областей развития ребенка: когнитивную, двигательную, речевую, социальную, самообслуживание.

Шкала RCDI – 2000 является русской адаптацией шкалы Child Development Inventory (CDI) (США). Шкала предназначена для оценки уровня развития детей от 1 года 2 мес. до 3 лет 6 мес. Вопросник включает 216 пунктов, распределенных по 6 областям: социальной, самообслуживания, развития общей и мелкой моторики, развитие речи, понимание языка.

KID и RCDI – 2000 удобны как для скрининга развития, основным результатом которого является решение о наличии или отсутствии отставания в развитии, так и для более точной оценки уровня развития.

В 90-е годы прошлого столетия в России разработана программа психолого-педагогической диагностики для детей раннего и дошкольного возраста (автор Е.А. Стребелева). Эффективность коррекции определяется в большей степени условиями и сроками ее начала. Учитывая необходимость ее проведения до начала школьного обучения, в стране создана система помощи детям с различными отклонениями в развитии в дошкольных специализированных учреждениях. Опыт работы с такими детьми показал возможность преодоления задержки в развитии у детей раннего возраста и дошкольников в специальных условиях. Важно, что такая система предполагает коррекцию нарушений развития на протяжении всего дошкольного детства, начиная с раннего возраста.

Детей с нарушениями, выявленными при слуховом скрининге, и детей с нарушением в понимании речи направляют к аудиологу. Аудиологическими методами оценки в этом возрасте являются аудиометрия со зрительным подкреплением для детей от 6 месяцев до 2 лет и игровая аудиометрия для более старших детей. При скрининге зрения оценивают остоту зрения, полей зрения, бинокулярной фиксации.

Логопед оценивает краткий языковой анамнез, экспрессивный язык на момент осмотра, понимание языка, жесты, коммуникативные навыки, состояние артикуляторных и моторных функций, вни-

мание ребенка, игру, когнитивные способности, особенности общения с родителями, стиль коммуникации с ребенком [14].

Таким образом, обследование детей раннего возраста может включать разнообразные шкалы развития, скрининг-тесты, тестовые методики как зарубежных, так и отечественных авторов. Вместе с тем отличие методологии оценки нервно-психического развития ребенка этого возраста заключается в том, что она базируется на изучении психики в определенных условиях воспитания. Выбор методик может быть определен предпочтениями специалиста и временным ресурсом, которым он располагает. С учетом мультидисциплинарного медико-социального и психолого-педагогического подхода, позволяющих комплексно оценить развитие ребенка раннего возраста, предпочтением для профилактических осмотров всё же являются методики простые, не требующие значительных временных затрат.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите принципы ранней абилитации детей с отклонениями в развитии.
2. Какие психические отклонения в раннем возрасте вы знаете?
3. Перечислите оси международной классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве.
4. Назовите методы диагностики нарушений развития у детей раннего возраста.
5. Какие методики для оценки нервно-психического развития детей Вы знаете?

Клинические примеры

Слава Д., 2 г. 11 мес. Диагноз: общее недоразвитие речи, расстройство адаптации.

Мать обратилась в медико-психолого-педагогическую консультацию по поводу задержки речевого развития у ребенка. В возрасте 2 лет 6 мес. мальчик говорил лишь простые слова, отсутствовала фразовая речь. Ребенок был направлен в диагностическую группу раннего возраста для дифференциации ОНР от ЗПР. Период адаптации протекал очень тяжело. Слава почти все время плакал, успокаивал-

ся только в присутствии мамы (мать приходила за ним до обеда), с детьми совсем не играл. На занятиях с дефектологом не занимался. Коррекционная работа с ребенком была затруднена. Дома Слава постоянно требовал к себе внимания, никогда не играл в игрушки самостоятельно.

Ребенок от IV беременности (в анамнезе – аборт, невынашивание беременности), I родов. Беременность протекала с анемией, угрозой прерывания в 14 и 28 недель, хронической фетоплацентарной недостаточностью. Ребенок родился недоношенным (роды в 32–33 недели). Выявлены признаки ППЦНС гипоксического генеза, синдром дыхательных расстройств. Масса тела при рождении – 2200 г, длина – 46 см. Оценка по шкале Апгар – 5–6 баллов. На грудном вскармливании ребенок находился до 2 месяцев. На втором году жизни перенес острую пневмонию.

Семья неполная. Мать имела среднее медицинское образование. Жила вдвоем с ребенком, воспитывала сына одна. Тип воспитания – потворствующая гиперопека. Среди факторов негармоничного воспитания были выявлены: удовлетворение всех потребностей ребенка, отсутствие требований и запретов, непоследовательность в воспитании, обусловленные фобией утраты ребенка.

Был проведен цикл игровой терапии в присутствии мамы. Одновременно мать обучалась навыкам оптимального взаимодействия с ребенком. Через месяц после начала цикла Слава стал заниматься с дефектологом. Еще через месяц мать отметила, что ребенка стало легче отводить по утрам в детский сад и он стал оставаться на дневной сон. Психологическое обследование выявило нормальный уровень психического развития ребенка. Слава стал активным, общительным. Была отмечена положительная динамика в речевом развитии. Педагоги рекомендовали продолжить посещение группы раннего возраста в течение следующего учебного года, а затем мальчик был переведен в логопедическую группу детского сада по месту жительства.

Катамнез через три года: уровень психического и речевого развития Славы соответствует норме. Со слов мамы, к новому детскому коллективу он привыкал без проблем. Трудностей в общении со сверстниками нет, но предпочитает играть с девочками. Ребенок готовится к поступлению в общеобразовательную школу.

Толя М., 3 года. Диагноз: общее недоразвитие речи, расстройство адаптации.

Мальчик впервые пошел в детский сад в 2, 5 года. Адаптация проходила тяжело, Толя постоянно плакал, не ложился днем спать, не выносил закрытых в группу дверей, все время ждал маму и звал ее. В детском саду появились страхи, в том числе страх перед тем, что нужно сделать в данный момент (помыть руки, пойти гулять, одеваться и т. д.). Ребенок часто болел и пропустил много занятий в логопедической группе.

Ребенок родился от I беременности на фоне анемии, I родов в 40 нед. с первичной слабостью родовых сил, родостимуляцией. Масса ребенка при рождении – 3350 г, длина – 53 см. Оценка по шкале Апгар – 7 – 8 баллов. С 1 года 11 месяцев наблюдался неврологом по поводу двигательной расторможенности, задержки речевого развития. Соматически здоров.

За время наблюдений была выявлена следующая симптоматика: навязчивость (постоянно спрашивал «мамочка придет?»), истерические реакции на смену действия по инструкции взрослого и невыполнение его просьб, отсутствие любого контакта с детьми, поверхностный познавательный интерес, зависящий от настроения. Уровень психического развития соответствовал возрастной норме.

Семья полная. Мать не работала, всегда сама отводила ребенка в детский сад. С ее слов, в домашних условиях ребенок вел себя адекватно. Но с момента первого посещения детского сада у Толи ухудшился ночной сон, снизился аппетит. В детском саду ребенок не завтракал, а в обед ждал маму, которая кормила его с ложки в раздевалке, так как при ее приходе Толя уже отказывался возвращаться в группу. Ребенок ни дома, ни в детском саду не одевался самостоятельно. Мать признавала опекающий стиль воспитания. Отец мало времени уделял ребенку, практически с ним не занимался.

В результате психотерапии отмечалась положительная динамика в поведении Толи: уменьшилась выраженность страхов, повысилась толерантность к режиму группы, при хорошем настроении мальчик мог самостоятельно одеваться на прогулку. Ребенок стал оставаться на дневной сон. В общей сложности адаптация к детскому учрежде-

нию на фоне материнской гиперопеки и сильной зависимости ребенка от матери длилась более 6 месяцев.

Катамнез через год: по результатам коррекционной работы ребенок был переведен в группу детского сада общего типа. Речевое развитие в настоящее время соответствует возрасту. Трудности к привыканию к новому коллективу сохранились, но стали менее выраженными.

Глава 4. РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

4.1. Актуальность ранней помощи семьям, воспитывающим ребенка с расстройством аутистического спектра

Проблема оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) становится все более актуальной ввиду возрастающей распространенности данного заболевания в последние годы. По данным Всемирной организации здравоохранения (2014), региональные оценки распространенности РАС имеются только по Европейскому региону и Региону стран Америки, которые не различаются между собой в статистическом отношении: для Европы медианный показатель составляет 61,9/10 000, а для стран Америки он составляет 65,5/10 000. Соотношение встречаемости аутистических расстройств у мальчиков и девочек находится в пределах 2,6 : 1 до 4 : 1 [37]. Частота выявляемости РАС выросла с 1 случая на 88 детей в 2008 г. до 1 случая на 45 детей в 2015 г. [47]. Данные официальной статистики по субъектам РФ также отражают общемировые и общероссийские тенденции роста распространенности детей с РАС. В Архангельской области наблюдается тенденция к увеличению численности детей с РАС [31].

Международная классификация болезней МКБ-10 к аутистическим расстройствам относит: детский аутизм (инфантильный аутизм, аутистическое расстройство, синдром Каннера, инфантильный психоз); атипичный аутизм (начало после 3 лет); синдром Ретта; синдром Аспергера – аутистическая психопатия. Варианты РАС варьируют от самых тяжелых форм, требующих пожизненного сопровождения, до легких, допускающих практически полное восстановление и социализацию.

РАС – особые отклонения в развитии, которые требуют как медицинской помощи, так и специального обучения и воспитания. Расстройства аутистического спектра представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному

взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации. Этим термином определяют особую патологию ЦНС, при которой болезненно затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром. Основная клинико-психологическая структура представлена стойким сочетанием расстройств: нарушениями коммуникации, нарушениями в сфере социального взаимодействия и стереотипиями поведения. Среди многообразия проявлений выделяют главные симптомы: трудность в общении; непереносимость взгляда в глаза; неиспользование местоимения «я»; негативная реакция на изменения в окружающем.

Общепризнанной концепции этиологии РАС в мире не существует. Отклоняющееся поведение детей аутистов является результатом взаимодействия различных факторов (онтогенетических, психопатологических, психологических, биологических и социальных), создающих предпосылки для формирования социальной дезадаптации. Патогенез аутистических расстройств неизвестен. В группу биологических теорий патогенеза входят генетические концепции, теории нарушения развития головного мозга, связанные с действием перинатальных, нейрохимических и иммунных факторов.

По классификации форм дизонтогенеза РАС относится к искаженному развитию [22], для которого характерна наиболее выраженная асинхрония; в процессе формирования психических функций наблюдается нарушение в последовательности развития отдельных функций. Выделяют две основные группы искаженного развития: искажение преимущественно эмоциональной сферы (4 группы раннего детского аутизма по классификации О.С. Никольской); искажение преимущественно когнитивной сферы. В каждом из вариантов ребенок проявляет специфические особенности поведения и развития как аффективной, так и познавательной и регулятивной сфер.

Выявляется ряд особенностей детей с РАС: полевое поведение; отсутствие контакта со взрослыми и детьми; реакция крика на обращение взрослых; отсутствие игровых интересов; длительное «застревание» на одном из видов деятельности (рассматривание и перелистывание книг, раскачивание тела, подпрыгивания и другие навязчивые движения); слабая сформированность навыков самооб-

служивания; отсутствие фиксации взгляда в глаза; бурное проявление негативных реакций на то, что не получалось; отсутствие в речи звуков раннего онтогенеза. Такие дети не готовы посещать ДОО, окружающие не принимают детей с РАС.

Семьи, воспитывающие детей с РАС, сталкиваются с целым комплексом психологических и социальных проблем: социальная дезадаптация ребенка и всей семьи, неблагоприятный психологический и эмоциональный микроклимат семьи, непринятие семьей и обществом ребенка и его диагноза, неспособность семьи самостоятельно справиться с психотравмирующей ситуацией и стрессом, отсутствие преемственности и системности в оказании помощи семье. Члены семей, воспитывающих ребенка с РАС, обладают рядом специфических личностных черт, возникающих как следствие особенностей развития ребенка. Основной причиной неблагоприятного эмоционального микроклимата семьи, воспитывающей аутичного ребенка, является непредсказуемость его поведения, неумение функционировать в социуме, равнодушное отношение к социальным оценкам. Условно выделяют три критических периода, наименее благополучных для родителей, связанных с изменением статуса ребенка и неопределенностью будущего: постановка диагноза (в 2–3 года), поступление в школу (в 7–8 лет), окончание школы и начало самостоятельной жизни (16–18 лет) [17].

Момент узнавания семьей диагноза одновременно является моментом получения психической травмы. Существенное напряжение приносит неясность жизненного маршрута, а также стигматизация ребенка и членов всей семьи [30]. Родители, как правило, не готовы к принятию ребенка с РАС: не имеют достаточной психолого-педагогической компетентности, что усугубляется психологической реакцией родителя: отрицание, гнев, чувство вины и, как следствие, отстраненность и безынициативность в воспитании. Особую психологическую трудность представляет для родителей принятие диагноза, что может проявляться тем, что родители неоднократно прибегают к независимой перепроверке диагноза, обращаются к разным формам лечения, период неэффективных попыток лечения может продолжаться до пяти лет. Процесс воспитания ребенка подменяется физическим уходом, родители не знают, какие подходы применимы

к ребенку, и процесс воспитания «откладывается на потом». В результате теряется много времени, которое могло бы быть потрачено более эффективно при раннем вмешательстве, это дополнительно осложняет процесс психического развития ребенка.

Сегодня перед специалистами стоят задачи создания условий для развития личности каждого ребёнка с нарушениями развития в соответствии с его индивидуальными психическими и физическими особенностями. Помочь аутичному ребёнку можно, используя возможности междисциплинарного и межведомственного взаимодействия с учетом региональных традиций и возможностей. Одной из актуальных задач является поиск новых форм и способов взаимодействия специалистов в работе с детьми с РАС.

Оптимальная форма работы с детьми с РАС – командная. Общей целью является подготовить аутичного ребёнка к самостоятельной жизни, его более успешной социализации. Целесообразно направлять усилия не на адаптацию к среде, а на «приближение» самой среды к особенностям ребенка, создание для него определенных условий жизни и развития. В последнем случае акцент делается на невербальное общение с опорой на зрительное восприятие, обучение социально-бытовым навыкам. Важно помнить, что при своевременной коррекции можно достичь хорошей компенсации, но аутистические черты все же будут сохраняться.

4.2. Комплексная помощь детям с расстройствами аутистического спектра

Комплексная помощь детям с РАС традиционно включает в себя: психофармакотерапию, психотерапию с ребенком, семейную психотерапию, применение методик специального обучения и воспитания. Объективные трудности, с которыми сталкивается врач: не раскрыты причины РАС; меняется терминология и существующие классификации; продолжается поиск эффективных лекарственных препаратов. Проблемы, с которыми сталкиваются специалисты на коррекционном поле деятельности: неготовность ребенка к посещению образовательного учреждения, неготовность окружающих принять таких детей, несоответствие материально-технического оснащения и условий работы. Одной из сложных задач является повы-

шение мотивации родителей к активному сотрудничеству со специалистами.

Дифференциальный диагноз РАС следует проводить, прежде всего, внутри гетерогенной группы РАС, а затем дифференцировать с другими нозологиями.

Раннее начало медикаментозной терапии имеет значение как прогностический благоприятный фактор. При разных видах РАС медикаментозная терапия кардинально отличается.

Значительная часть детей с РАС (до 50 %) может обучаться без медикаментозной поддержки при условии интенсивности и эффективности педагогического воздействия. Показаниями к медикаментозному вмешательству являются: нецеленаправленное психомоторное возбуждение с импульсивностью и негативизмом; выраженная дезорганизация поведения в сочетании с грубым нарушением или невозможностью контакта; стойкая агрессия и аутоагрессия, не связанные с ситуацией и не поддающиеся коррекции поведенческими методами [4].

Выбор препаратов, тактика терапии должны исходить из соотношения доказательных данных, здравого клинического смысла, принципов индивидуальной необходимости и разумной достаточности. Медикаментозная коррекция обязательно сочетается с развивающим обучением. Абилитационные усилия направлены на купирование позитивных симптомов болезни, уменьшение когнитивных нарушений, смягчение тяжести аутизма, социальное взаимодействие, стимуляцию развития функциональных систем, создание предпосылок к возможности обучения. В зависимости от ведущей причины усиления поведенческих расстройств, структура терапевтических мероприятий смещается в сторону либо преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления коррекционно-педагогической и психотерапевтической составляющих комплексного лечения. У 70 % больных с РАС наблюдается стабильное посттерапевтическое улучшение, в 10 % случаев – полностью восстанавливаются. 20 % больных с тяжелыми формами атипичного аутизма, синдромом Каннера имеют неблагоприятный прогноз [37].

Успех терапии определяется её комплексностью, сочетанием психофармакотерапии, психотерапии, психокоррекционных и психосоциальных вмешательств.

Психолого-педагогическую коррекцию РАС начинают с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка: оценивают уровень его развития, запас знаний и поведенческих навыков. На современном этапе ведущими коррекционно-развивающими программами, адаптированными в России, являются: «Обучение и воспитание детей с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития» (TEACCH – Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) и методика поведенческой терапии – Прикладной анализ поведения (АВА – Applied behavior analysis). Основные подходы к абилитации в них сходные.

Многолетнее сотрудничество кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета с коррекционными (специализированными) учреждениями г. Архангельска и области являются важной составляющей командной работы, которая предусматривает совместные консультации с педагогами, психологами, родителями; привлечение студентов выпускных курсов к занятиям с детьми с отклонениями в развитии; разработка студентами информационных материалов для родителей и педагогов, развивающих заданий (с применением компьютерных технологий) для детей.

Командная форма работы оценена нами как оптимальная форма работы с детьми с РАС в соответствии с индивидуальными психофизическими особенностями ребенка, способствующая наиболее благополучной социализации. Для того, чтобы дети с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития смогли целенаправленно, самостоятельно инициировать общение, нами использовалась система альтернативной коммуникации при помощи карточек PECS [39]. Данная методика включает в себя шесть этапов обучения целенаправленному общению, содержит рекомендации к тому, как привлечь внимание детей. В основе метода лежит тот факт, что повод для общения должен предшествовать фактической речевой деятельности.

Мы убедились на практике в основных преимуществах использования системы PECS:

1. PECS – это программа, которая позволяет быстро приобрести базисные функциональные навыки коммуникации.

2. С помощью PECS можно быстрее обучить ребенка проявлять инициативу и спонтанно произносить слова, чем с помощью обучения наименований предметов, вокальной имитации, или усиления взгляда.

3. С помощью PECS общение для ребенка с окружающими людьми становится более доступным и психологически комфортным.

Дети с аутистическими расстройствами могут обучаться в коррекционных образовательных учреждениях: для детей с тяжелыми нарушениями речи, для детей с задержкой психического развития, для умственно отсталых детей, в школах индивидуального обучения на дому для детей-инвалидов по общеобразовательной программе. В России развивается процесс интеграции детей с РАС в образовательные учреждения общего типа. Возможно обучение детей с РАС по индивидуальному учебному плану или по индивидуальной коррекционной обучающей программе (инклюзивное обучение).

Роль любого специалиста заключается в положительной эмоциональной поддержке ребенка, расширении знаний об окружающем мире, освоении правил поведения в обществе, приобретении и умении применять практические навыки, формировании у окружающих позитивного отношения к ребёнку. Каждому специалисту отведено своё поле деятельности. Врач уточняет и ставит диагноз, выявляет возможные причины проявления особенностей в развитии, определяет тактику ведения, осуществляет контроль за лечением. Особенно важна психотерапевтическая компетентность врачей-психиатров.

Роль педагога заключается в расширении знаний ребёнка об окружающем мире, освоении правил поведения в обществе, приобретении и умении применять практические навыки, формировании у окружающих позитивного отношения к ребёнку с РАС. Самым важным является подготовить аутичного ребёнка к самостоятельной жизни в обществе, его более успешной социализации.

Для родителей важнее всего положительная эмоциональная поддержка ребенка, понимание того, что происходит с ребенком, что он переживает, и разбираться в огромном объеме информации, которая поступает из литературы и интернета. Такой объем информации является источником напряжения у родителей, недоверия, страхов и опасений, что вызывает нередко нежелание и трудности общения,

растерянность и бессилие. Усилия всех направлены на положительный итог взаимодействия, а именно, коррекцию эмоциональной сферы и адаптацию ребенка к жизни в обществе.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению РАС.
2. С какими состояниями и заболеваниями необходимо дифференцировать РАС?
3. Охарактеризуйте систему специализированной помощи детям с РАС в нашей стране.
4. Каковы современные представления о первичном и вторичном дефектах при РАС?
5. Охарактеризуйте основные клинические симптомы РАС.
6. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с РАС от умственно отсталого ребенка?
7. Приведите классификацию РАС по международной классификации болезней.
8. Каковы возможности адаптации для детей с аутизмом?
9. В каких типах учреждений получают помощь дети с РАС?
10. Дайте общую характеристику основных подходов к диагностике РАС.
11. Дайте общую характеристику основных подходов к коррекции РАС.
12. Опишите основные тенденции познавательного развития детей с РАС.
13. Какие особенности восприятия детей с РАС обуславливают клиническую картину заболевания?
14. Где могут обучаться дети с РАС?

Клинический пример

Юра И., 6 лет. Диагноз: ранний детский аутизм.

Родителей мальчика беспокоило то, что он избегал контакта со сверстниками и взрослыми, в игры других детей не включался, боялся массовых мероприятий, громкой музыки, большого количества людей, был очень робок.

Из раннего анамнеза: ребенок от II беременности с анемией, токсикозом второй половины, II стремительных родов в 39 недель. Масса ребенка при рождении – 3550 г, длина – 53 см. На грудном вскармливании находился до 6 мес. Моторное и речевое развитие в раннем возрасте – с задержкой.

Семья полная, благополучная. Родители молодые, оба имели высшее образование. Стиль семейного воспитания – потворствующая гиперопека. Оба родителя отмечали воспитательную неуверенность и несогласованность. Из-за этого в семье бывали частые конфликты.

На момент обследования ребенок самостоятельно контакт не иницирует, в глаза смотрит непродолжительно. На имя не откликается. Себя называет в третьем лице. Избирательно выполняет задания, приближенные к возрастной норме. Простые инструкции: «дай, назови, покажи» понимает и выполняет, более сложные инструкции игнорирует. Речь представлена штампованными фразами, цитатами из мультфильмов, телепередач, рекламы. Обращений, вопросов, просьб в речи нет. Речь постоянно сопровождает любой вид деятельности. Чаще всего фразы не связаны с ситуацией. Проявляет интерес к иностранным буквам. Знает все цифры, соотносит число и количество. Общая моторика нарушена, движения неуклюжие. Ребенку нравится деятельность, связанная с водой, сыпучим материалом. Любит собирать пазлы и выкладывать мозаику.

После проведения комплексной коррекции и психотерапии (на сеансах присутствовала мать ребенка) в течение нескольких месяцев была отмечена положительная динамика в поведении ребенка. Мальчик стал менее избирателен в контактах со специалистами. Катанез через год: отмечена положительная динамика в поведении. Ребенок учится в классе для детей с ЗПР, с программой справляется, социализирован. Однако в ряде ситуаций сохранялся негативизм, отказ вступать в вербальный контакт.

Глава 5. ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

5.1. Основные подходы к диагностике психического развития детей дошкольного возраста

Дошкольный возраст – важный этап когнитивного развития ребенка, когда формируются основные механизмы познавательной сферы, степень зрелости которых раскрывает готовность к учебной деятельности. Основой когнитивного развития являются восприятие, память, внимание, которые, как часть сложного системного процесса, связаны с речью и мышлением. Зрительное восприятие и память в детском возрасте – одни из центральных психических функций, в зависимости от которых строятся все остальные функции, а степень их развития определяет уровень психофизиологического развития ребенка в целом.

Процесс биологического развития является основой для адаптации к внешним условиям, а также основой взаимодействия между индивидом и его окружением. Хронологический возраст при этом не полностью отражает индивидуальный рост. Связанное с хронологическим возрастом психофизическое созревание образует своеобразный профиль развития. При этом уровень интеллекта, физическое, эмоциональное и социальное развитие могут оказаться неадекватными возрасту, тем самым предопределяя риск нарушения адаптации и личностных конфликтов. Так, позднее психофизическое развитие, часто связанное с задержкой моторики, поздним развитием речи, предрасполагает к тому, что человек трудно приспосабливается к внешним условиям.

Проблема диагностики уровня интеллектуального развития детей занимает центральное место в области ряда смежных дисциплин, в особой степени это относится к детской психиатрии, дефектологии, патопсихологии, где степень психического недоразвития определяет как диагноз ребёнка, так и соответствующую форму его обучения. Разнообразие методов исследования интеллектуального развития связано с существованием различных медицинских, педагогических и психологических подходов к этой проблеме. Трудности в диагно-

стике интеллектуальной недостаточности, в основном, заключаются в определении ведущего дефекта и специфики нарушения при сходных состояниях различной этиологии, к примеру, таких как ЗПР и общее недоразвитие речи.

Важная роль в решении этих задач отводится определению уровня интеллектуального развития ребёнка. В тестировании детей дошкольного возраста применяются разнообразные шкалы развития: тесты двигательных умений Озерецкого (от 4 до 16 лет), шкала моторного развития Линкольна-Озерецкого (от 6 до 14 лет), шкалы Мак Карти изучения способностей ребёнка (MSCA) (от 2,5 до 8,5 лет) и другие.

Ряд зарубежных специалистов использует шкалы развития: Peabody Developmental Motor Scales (PDMS) для детей от 2 до 5 лет с нарушениями развития; Kaufman Brief Intelligence Test (K-BIT) и Peabody Picture Vocabulary Test-Revised (PPVT-R) для дошкольников.

В отечественных исследованиях детей дошкольного и младшего школьного возраста важная роль отводится шкале интеллекта Д. Векслера (Wechsler Intelligence Scale for Children) (WISC), адаптированной для детей от 5 до 16 лет. По мнению ряда специалистов, дифференциальная диагностика нарушений развития не может основываться только на количественном подходе к оценке уровня умственного развития, т.к. тест Векслера, дифференцируя умственно отсталых детей от детей с ЗПР и нормальным развитием, не даёт чётких критериев для отделения нормы от задержки, ЗПР от общего недоразвития речи (ОНР). Количественные оценки, получаемые ребёнком с лёгкой ЗПР, часто находятся в границах низкой нормы. С другой стороны, одинаковые количественные показатели нередко определяются различными типами нарушений. Поэтому, учитывая недостатки чисто количественного подхода, наиболее адекватным подходом в диагностике интеллекта считается сочетание количественных и качественных методов исследования [12].

До 1970-х годов отклонения в психическом развитии детей в нашей стране изучались преимущественно с клинических позиций, когда психологическая характеристика ребёнка давалась на основе клинико-педагогических наблюдений. С началом систематического комплексного изучения детей с ЗПР были разработаны критерии от-

бора таких детей в специализированные учреждения, а также дифференциации ЗПР.

Несмотря на то, что различия между олигофренией и ЗПР определяются не только на количественном, но и на качественном уровне, на практике именно уровень интеллекта становится ведущим синдромом, определяющим ребёнка к той или другой группе. Существуют определенные недостатки нозологического принципа диагностики, т.к. он может явиться не основой для оказания адекватной помощи ребёнку, а средством отбора детей в школу для умственно отсталых детей. Указывая на важное значение клинического подхода к изучению ЗПР, авторы отмечают ещё более значительную роль психолого-педагогических исследований, изменяющих содержание самой диагностики, ориентированной не на диагноз, а на реальные проблемы конкретного ребёнка [19].

Отечественными специалистами [12; 34] предложены методики, в которых результаты выполненных ребёнком заданий получают качественную или количественно-качественную оценку. Они позволяют определить характер познавательной деятельности с учетом принятия ребенком задания, способов его выполнения, обучаемости, отношения к полученному результату, что можно отнести к качественным критериям развития. Важным недостатком подобных, часто не стандартизированных, методик является субъективность оценки уровня развития ребёнка, а также сходство процедуры обследования с учебными заданиями. Низкие показатели в тестах не всегда отражают реальный уровень развития. Психологическая диагностика интеллектуального развития направлена на контроль знаний и умений ребёнка, диагностическая процедура, как правило, рассчитана преимущественно на однократное обследование.

Особое место в диагностике нарушений в развитии занимает исследование ВПФ нейропсихологическими методами исследования. Применяемые на практике клинико-психологические методы обследования детей с отклонениями в развитии чаще всего отражают состояние интеллекта и психомоторной деятельности на качественном уровне и носят субъективный характер. Существует необходимость в использовании методов, позволяющих объективно и количественно оценить особенности развития детей. Для выявления особенно-

стей психических процессов высшей нервной деятельности у детей с разным уровнем развития интеллекта применяются методы нейрофизиологического и психофизиологического исследований.

Многообразие подходов к проблеме изучения детей с пограничными формами интеллектуальной недостаточности позволило специалистам смежных дисциплин выделить таких детей из группы умственно отсталых, дифференцировать различные формы лёгкой интеллектуальной недостаточности, определить критерии отбора в специализированные учреждения. Вместе с тем вопрос о дифференциальной диагностике ЗПР и разных форм РП резидуально-органического генеза остаётся недостаточно изученным. Существующие трудности в дифференциальной диагностике ЗПР от сходных с ней состояний требуют разработки новых дифференциально-диагностических методов, позволяющих объективно оценить степень отклонения от возрастной нормы, а также уровень развития ВПФ.

Диагностика психических нарушений включает три этапа.

Первый этап – **скрининг** – выявление отклонений в психическом развитии и здоровье ребенка без точной квалификации их характера и степени. Существует ряд проблем, характеризующих современное состояние скрининг-диагностики. Несмотря на большое количество методик, применяемых при обследовании детей, существует недостаточность апробированного диагностического инструментария для применения в скрининг-обследованиях, особенно для детей первых трех лет жизни. Остаются не разработанными критерии разграничения детей с нормой и нарушениями психического здоровья. Существенно влияют на качество выполнения заданий эмоциональное состояние детей, особенно в раннем возрасте, что может влиять на результаты исследования.

Второй этап – **дифференциальная диагностика отклонений**. Цель этого этапа – определить тип (вид, категорию) нарушения. Задачами дифференциальной диагностики являются: разграничение степени и характера нарушений; выявление первичного и вторичного нарушений; оценка особенностей нарушений психического развития. Ведущая роль в дифференциальной диагностике принадлежит деятельности психиатров и психолого-медико-педагогических комиссий. Сходство клинической симптоматики при ряде психиче-

ских нарушений и недостаточность критериев дифференциальной диагностики создают трудности разграничения нозологии. Другая проблема связана с практической деятельностью психиатрической службы. Сегодня не решен ряд вопросов преемственности и межведомственного взаимодействия, вопросы кадрового обеспечения, ряд методологических проблем. в т.ч. разработки эффективных и надежных психодиагностических методик.

Третий этап – **психолого-педагогическая диагностика** – выявление индивидуальных особенностей ребенка. В ходе этого этапа на основе диагностики разрабатываются программы индивидуальной медико-социальной реабилитации и психолого-педагогической коррекционной работы с ребенком.

5.2. Методы исследования в психиатрии детского возраста

Обследование ребенка включает клинический и психологический методы. Основным методом исследования в психиатрии является клинический. Психологический метод исследования преследует цель качественной и количественной оценки психического состояния клиента и является вспомогательным по отношению к клиническому [11].

Клинический метод

Клинический метод включает в себя:

- беседу,
- наблюдение,
- психопатологическую диагностику,
- исследование соматического статуса,
- исследование неврологического статуса,
- биохимические методы исследования,
- инструментальные методы исследования,
- анализ документации.

Одной из основных задач обследования детей является получение данных, характеризующих детско-родительские отношения. При опросе взрослых рекомендуется использовать стандартный набор вопросов.

Клиническая беседа должна включать следующие разделы:

- объективные сведения и юридический статус,
- жалобы взрослых, воспитывающих ребенка,
- анамнез заболевания,
- семейный анамнез (сведения о родителях, прародителях, братьях и сестрах, заболеваниях родственников и пр.),
- раннее развитие ребенка (период беременности, новорожденности, особенности активности, развития и поведения на первом году жизни).

Наблюдение позволяет оценить особенности поведения, мимику, позы, жесты ребенка.

Выделяют два этапа **психопатологической диагностики**:

- выделение и описание психопатологических симптомов,
- диагностика синдромов, патологических состояний и болезненных процессов.

Психопатологические симптомы:

- нарушения сна,
- нарушения аппетита,
- нарушения ощущений, восприятия,
- нарушения аффективного реагирования,
- нарушения внимания,
- нарушения памяти,
- нарушения мышления,
- нарушения речи,
- нарушения общей моторики,
- нарушения мелкой моторики,
- волевые нарушения,
- нарушение критики,
- поведенческие нарушения,
- нарушения общения,
- нарушения деятельности,
- нарушения сексуального влечения.

При наличии симптома следует указать возраст, в котором он появился; продолжительность: эпизодический, постоянный (в течение нескольких дней, недель, месяцев).

Синдромы, патологические состояния и болезненные процессы:

- тяжелые нарушения речи,
- задержка психического развития,
- синдромы олигофрении,
- ранняя детская шизофрения,
- расстройство аутистического спектра,
- пароксизмальные состояния,
- синдром дефицита внимания и гиперактивности,
- невротические синдромы,
- неврозоподобные синдромы,
- расстройства привязанности,
- депривационные состояния,
- др.

Экспериментально-психологическое обследование

1. Тестирование.

2. Оценка взаимодействия родителей и ребенка: тип воспитания; способность оказывать помощь и содействовать развитию ребенка; способность преодолевать трудности; способность организовать поведение ребенка; восприимчивость и эмоциональная отзывчивость матери; способность к стимуляции ребенка.

Анализ медицинской и психолого-педагогической документации

- выписка из истории развития ребенка,
- характеристика из образовательного учреждения,
- анализ результатов психологического и патопсихологического исследования,
- анализ результатов дополнительных методов исследования,
- анализ рисунков и других продуктов деятельности.

По результатам обследования врач-психиатр оформляет заключение, включающее в себя:

- описание психического статуса ребенка,
- диагноз,
- необходимость в медико-психолого-педагогической помощи и рекомендации.

Схема описания психического статуса ребенка

- ФИО, возраст, пол, дата и место рождения;
- вид образовательного учреждения;
- время осмотра и его соотношение с привычным режимом;
- ситуация осмотра;
- жалобы;
- анамнез жизни и наследственная отягощенность;
- анамнез заболевания;
- общие реакции на обстановку и процедуру обследования;
- особенности установленного или неустановленного контакта;
- спонтанное поведение ребенка (целенаправленность и предпочтительные формы деятельности; двигательная активность; эмоциональные реакции);
- поведение при предлагаемых формах деятельности (при предъявлении заданий; реакции на успех/неудачу, принятие помощи взрослого; способность к обучению; отношение к результату и пр.);
- особенности ориентировки в месте, времени, собственной личности;
- особенности восприятия;
- особенности памяти;
- особенности внимания;
- особенности мышления;
- особенности речи;
- особенности общей моторики;
- особенности мелкой моторики;
- особенности эмоционально-волевой сферы.

5.3. Скрининг для выявления детей группы риска психической патологии

При массовых медицинских обследованиях для повышения эффективности скрининга мы рекомендуем использовать методику «Опросник жалоб ребенка для выявления детей с пограничной нервно-психической патологией». Опросник жалоб применялся нами при обследовании детей, имеющих отклонения в развитии с целью выявления детей ГР, и детей, нуждающихся в психотерапевтической по-

мощи [5]. Было обследовано 173 ребенка. 72 дошкольника в возрасте от 2,5 до 6 лет составили основную группу ОГ, из них дети с ЗПР – 28 человек и с РП – 44 ребенка. Полученные результаты сравнивались с данными обследования 75 детей, посещающих специализированные группы для детей с задержкой психического развития и речевыми нарушениями (группа сравнения (ГС)). В контрольную группу (КГ) были включены 26 детей, посещающих ДОО общего типа.

Дети, не имеющие отклонений в психическом и речевом развитии, могут нуждаться в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи. Основными жалобами со стороны родителей и педагогов в дошкольном периоде нередко являются: трудности формирования коммуникативных навыков, поведенческая расторможенность, эмоциональная лабильность, пониженный эмоциональный фон, плаксивость, агрессивность, гневливость, упрямство, капризы, застенчивость.

В проведенном исследовании количество детей ГР в КГ составило 16 %, т.е. каждый шестой ребенок без отклонений в развитии мог быть отнесен к ГР по развитию пограничной нервно-психической патологии. В ОГ – количество таких детей составило 19 %, в ГС – 23 %.

Наиболее часто отмечаемые родителями в КГ жалобы преимущественно были связаны с нарушениями в эмоционально-волевой сфере и расстройствами поведения, а именно: раздражительность (40 %); несдержанность (35 %); гипердинамические расстройства (повышенная двигательная активность, отвлекаемость, расторможенность) (35 %). Каждый пятый проявлял конфликтность, агрессивность, упрямство, капризность. У 15 % дошкольников превалировали пониженное настроение, неуверенность в себе, трудности в общении; 15 % детей испытывали разнообразные страхи, имели вредные привычки.

В ОГ у детей наиболее частыми были гипердинамические расстройства, упрямство, капризность, несдержанность, раздражительность, неадекватное привлечение к себе внимания. Значительно чаще, чем в КГ, у детей с психоречевыми нарушениями отмечались трудности в соблюдении дисциплины (ОГ – 33 %; ГС – 26 %; КГ – 10 %), пониженное настроение (ОГ – 26 %; ГС – 24 %; КГ – 15 %);

трудности сосредоточения внимания (ОГ –19 %; ГС – 18 %; КГ – 5 % случаев).

Жалобы во всех группах, помимо нарушений в эмоционально-волевой сфере и расстройств поведения, были представлены астеническими проявлениями – головной болью, нарушениями сна. Наибольшее число детей ГР по развитию вторичных отклонений в НПР было выявлено у детей 4 – 6-летнего возраста.

Число детей, отнесенных к ГР, было выше в подгруппе ЗПР. У детей с ЗПР чаще, чем с РП, отмечались головная боль, нарушения сна, повышенная двигательная активность, капризность, пониженное настроение, привлечение внимания неадекватным поведением.

В ходе лечебно-коррекционной работы в обеих группах отмечалось снижение числа детей с отклонениями в эмоциональной сфере и поведении (в ОГ – в 2 раза). Выраженность ведущих жалоб имела тенденцию к снижению, наиболее значимо – по следующим проявлениям: раздражительность, пониженное настроение, отвлекаемость, повышенная двигательная активность, привлечение внимания неадекватным поведением. Таким образом, обследование детей по данному опроснику в динамике позволило оценить результаты работы специалистов.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите общие тенденции психического и социального развития ребенка дошкольного возраста.
2. Почему дети с ЗПР нуждаются в специализированной помощи?
3. Назовите этапы диагностики нарушений психического здоровья у детей.
4. Назовите методы диагностики нарушений у детей дошкольного возраста.
5. Какие методики для оценки нервно-психического развития детей Вы знаете?

Клинический пример

Саша Л., 4 года. Диагноз: задержка психического развития, психофизический инфантилизм, энурез.

К психотерапевту направлен по поводу поведения в дошкольной группе. Педагоги характеризовали Сашу как необщительного, неса-

мостоятельного ребенка, испытывающего страх ко всему новому, не играющего с детьми, а также в незнакомой обстановке.

Из раннего анамнеза известно, что Саша – единственный ребенок в семье. Возраст обоих родителей к моменту рождения сына – 40 лет. Мальчик от III беременности, протекавшей с гестозом, анемией, угрозой прерывания и острым респираторным заболеванием во второй половине. Роды в 38 недель, с асфиксией, обвитием пуповины вокруг шеи. Ребенок закричал через минуту после рождения. Оценка по шкале Апгар – 7 – 8 баллов. Родился с массой тела 2900 г. Диагноз при рождении: перинатальное поражение ЦНС, спинальная недостаточность, синдром угнетения ЦНС, кефалогематома.

На первом году жизни ребенок был очень беспокойным, часто плакал, у него был нарушен сон, отмечались метеоризм, запоры. Мальчик часто лежал в стационаре по поводу острых респираторных заболеваний. Известно, что в психоневрологическом отделении ребенок регулярно получал курсы восстановительной терапии. В 2 года у него однократно отмечались судороги на фоне гипертермии. Саша отставал в психомоторном развитии от сверстников: сидеть начал с 8 месяцев, ходить – с 1 года 2 месяцев, первые слова произнес в 1 год, фразовая речь начала формироваться с 3 лет. Ребенок с раннего возраста предпочитал играть один, но с обязательным присутствием в комнате матери.

Саша дома играл один, на улице ходил только за ручку с мамой, боялся подходить к сверстникам. Долго не начинал играть с новыми игрушками. Мать не покупала ему игрушечных пистолетов, так как считала, что они могут «испортить в будущем его поведение и разовьют агрессивность». Сюжетная игра у ребенка была не развита. Отмечались слабые навыки в рисовании. Саша был не самостоятелен в быту, очень медленно ел.

Воспитание в семье – по типу потворствующей гиперопеки. Отмечалась непоследовательность стиля воспитания. Мать в нарушении развития ребенка обвиняла только врачей, в детском саду – педагогов в том, что они простужают ее ребенка. Отец в воспитании сына почти не участвовал.

В детский сад Саша впервые пошел в 3 года 8 месяцев. Очень тяжело протекал период адаптации: ребенок часто болел, у него был

снижен аппетит, мальчик не играл, почти все время плакал, тяжело расставался с мамой по утрам. Дети с Сашей не играли, но и не обижали. Он мог целый день просидеть на одном месте. У ребенка преобладал низкий фон настроения. Он плакал, когда надо было с группой идти на занятия и перед дневным сном. Нередко плакал и перед обедом, так как потом надо было идти спать. У ребенка отмечался энурез во время дневного и ночного сна.

За время пребывания в ДООУ ребенок с трудом вступал в контакт, был заторможен, не проявлял интереса к игрушкам. Отмечались робость в движениях, медленная, шаркающая походка. Говорил очень тихо, тонким голосом. Почти на все вопросы отвечал «не знаю». Внешне Саша был похож на «маленького старичка». Его лицо чаще всего было амимично. Из эмоций у ребенка была выражена только эмоция страха. При страхе отмечалась дрожь во всем теле. Данные электроэнцефалограммы показали отставание в созревании корковой ритмики, повышенную судорожную готовность.

В индивидуальную программу коррекции ребенка была включена психотерапия, в результате которой Саша в группе стал интересоваться игрушками, начал играть со сверстниками, спокойно, без слез ходить на занятия к педагогам. Мама отмечала, что на улице ее сын стал более самостоятельным, подходит к детям, обращается к ним. Дома Саша стал играть в «военные» игры. Однако известно, что мать активно не принимала помощь психолога и психотерапевта и не меняла стиль воспитания. Во взаимоотношениях со специалистами мать также занимала пассивную позицию.

Через год ребенок был переведен в специализированную группу (выравнивания) детского сада. В возрасте Саши 7 лет мама вновь обратилась на психолого-медико-педагогическую комиссию по поводу сниженной успеваемости ребенка в общеобразовательном классе. Обследование психологом по методике Векслера показало, что уровень интеллекта Саши соответствовал низкой возрастной норме: вербальный интеллектуальный показатель – 80 баллов, невербальный – 87 баллов, общий – 82 балла. Была отмечена неравномерность в развитии психических процессов у ребенка. При обследовании мальчик очень медленно работал, уходил от трудностей, при слож-

ном для него задания на глазах появлялись слезы. Он говорил очень тихо, часто отвечал «не знаю».

Таким образом, низкая успеваемость по предметам в школе в силу биологических факторов усугублялась личностными особенностями ребенка, которые проявлялись уже в раннем детстве и были преимущественно обусловлены стилем семейного воспитания. Динамика в ходе психотерапии отчетливо показала, что часть проблем в характере и поведении ребенка могла быть скомпенсирована в дошкольном возрасте при активном участии семьи в коррекционном процессе и это не привело бы в дальнейшем к нарушению школьной адаптации.

Глава 6. ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

6.1. Ультразвуковое исследование головного мозга у детей первого года

ППЦНС всегда находится в центре внимания исследователей, поскольку занимает ведущее место среди причин детской инвалидности и летальности, часто служит причиной заболеваемости новорожденных и приводит к тяжелым нарушениям НПР. Частота патологии головного мозга у новорожденных составляет, по данным различных авторов, от 60 до 80 %, причем считается, что 2/3 всех заболеваний нервной системы у детей своими истоками уходят в пре- и перинатальный период [3].

Подавляющее число исследований свидетельствует, что частота выявления отклонений в НПР у детей раннего возраста как следствие воздействия перинатальных факторов медленно, но постоянно увеличивается. Так, распространенность поражений ЦНС в структуре детской инвалидности составляет около 50 %. При этом 35–40 % детей-инвалидов – это инвалиды вследствие ППЦНС [33]. Для этих детей характерно глубокое, множественное и стойкое отставание в НПР и множественные нарушения поведения [3]. Эти дети впоследствии входят в группу «аномальных» детей, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития.

Клинически нарушения развития нервной системы характеризуются аномалией или задержкой развития основных психоневрологических функций – двигательных, перцептивных (главным образом, зрительного, слухового и тактильного восприятия), речевых, интеллектуальных, коммуникативных; а также эмоционально-волевой сферы. Указанные нарушения могут наблюдаться как в изолированном виде, так и в различных сочетаниях, носить количественный, темповый характер (задержка или опережение развития по возрастным периодам) или качественный (развитие по аномальному пути).

В последнее десятилетие отмечается повышение внимания исследователей в отношении взаимосвязи между нейровизуализацией,

патофизиологическим процессом и клиническими проявлениями. Так, по мнению зарубежных исследователей, использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) в качестве предиктора исхода у детей с очень низкой массой тела более предпочтительно, чем НСГ, однако и НСГ и МРТ демонстрируют высокую специфичность. МРТ позволяет более точно анализировать анатомию мозга, лучше оценивать миелинизацию по сравнению с НСГ и компьютерной томографией (КТ), тем не менее КТ используется чаще по финансовым причинам.

Тем не менее в нашей стране применение верифицирующих методов нейровизуализации КТ и МРТ для диагностики ППЦНС у детей раннего возраста до сих пор не имеет широкого применения. Их использование ограничено высокой стоимостью самих аппаратов (недоступной для многих детских лечебных учреждений даже областного звена), необходимостью анестезиологического сопровождения (введение в медикаментозный сон) при проведении этих исследований, что сопряжено с риском ухудшения состояния больных.

Применение НСГ для диагностики ППЦНС у детей позволяет в ранние сроки выявить широкий спектр церебральных нарушений и использовать ее результаты в качестве предикторов ННР [3].

Методика проведения нейросонографии

НСГ – эхографическое обследование головного мозга новорожденных и детей раннего возраста, проводится при помощи современных ультразвуковых приборов с использованием высокочастотных секторных и микроконвексных датчиков частотой 5,0 или 7,0 МГц. Специальной подготовки к исследованию не требуется. Тяжесть состояния не является противопоказанием для проведения НСГ. Исследование проводят в коронарной и сагиттальной плоскостях, путем изменения наклона датчика вперед-назад, вправо-влево для последовательного получения структур правого и левого полушарий. Анализ эхограммы включает в себя оценку состояния паренхимы головного мозга, желудочковой системы, цистерн и субарахноидального пространства, рисунка извилин и борозд, пульсации мозговых сосудов и наличие очаговых патологических образований. Структуры не должны содержать включений (киста, опухоль, жидкость),

ишемических очагов, гематом, аномалий развития и т.п. (рис. 1, 2).
 Нормальные показатели НСГ приводятся в таблице 2.

Таблица 2

**Нормативы нейросонографии мозговых структур детей
 от 0 до 3 месяцев [8]**

Параметры	Нормы для новорожденных	Нормы в 3 месяца
Боковые желудочки мозга	Передние рога – 2–4 мм Затылочные рога – 8–12 мм Тело – до 4 мм	Передние рога – до 4 мм Затылочные рога – до 15 мм Тело – 2 – 4 мм
III желудочек	2–4 мм	2–4 мм
IV желудочек	До 4 мм	До 4 мм
Межполушарная щель	2–4 мм	2–4 мм
Большая цистерна	До 10 мм	3-5 мм
Субарахноидальное пространство	До 3 мм	До 3 мм
Полость прозрачной перегородки (визуализируется до 6 месяцев)	Ширина 2–10 мм глубина 4–12 мм	Ширина 2–10 мм глубина 4–12 мм

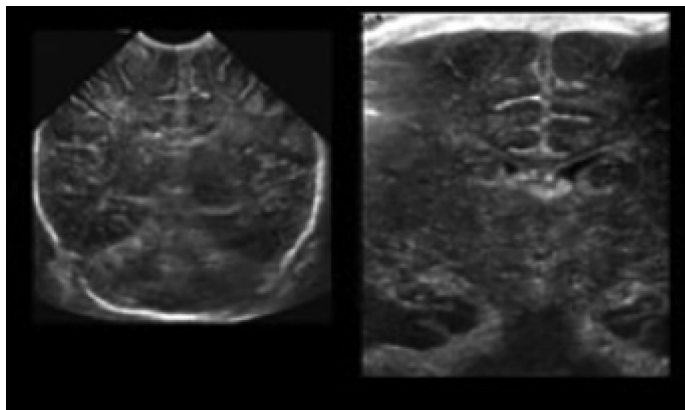


Рис. 1. Нейросонограмма без патологических изменений

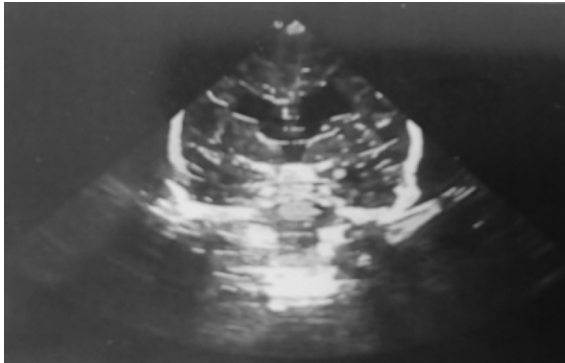


Рис. 2. Нейросонограмма с признаками вентрикуломегалии, расширение МПЩ, повышение эхогенности в ПВЗ

Все аномалии, выявляемые при нейровизуализации, предлагают классифицировать на пять основных категорий:

- атрофия, характеризующаяся увеличением желудочков и/или расширением борозд, – наиболее часто встречающаяся аномалия,
- врожденные морфогенетические аномалии,
- нарушения белого вещества,
- приобретенные дефекты,
- неуточненные аномалии.

Разработаны основные наиболее распространенные показатели, предложенные для оценки тяжести поражения головного мозга, прогнозирования развития и эффективности реабилитационных программ [35]:

- субэпендимальное кровоизлияние (СЭК),
- диффузное и локальное повышение эхогенности перивентрикулярных зон (ПВЗ),
- признаки внутриутробной инфекции (ВУИ),
- локальное и диффузное увеличение желудочков, увеличение межполушарной щели (МПЩ),
- перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛМ),
- внутримозговое кровоизлияние (ВЖК).

Наиболее частыми причинами перинатальных поражений головного мозга являются факторы гипоксии и ишемии. Структурные изменения головного мозга при ППЦНС гипоксическо-ишемического генеза наиболее часто проявляются в виде ПВЛМ.

ПВЛМ – это некротизация белого вещества, которая происходит в результате воздействия факторов гипоксии-ишемии в зонах пограничного кровоснабжения между конечными ветвями венрикулопелтальных кортикальных артерий и глубокими венрикулофугальными артериями на расстоянии 3–10 мм от стенок боковых желудочков. В дальнейшем присоединяется дегенерация астроцитов с пролиферацией микроглии и скоплением липидосодержащих макрофагов в некротизированной ткани. Фагоцитоз некротических участков начинается с 5–7 дня и приводит к образованию кист на протяжении двух первых недель и в более отдаленные сроки.

В настоящее время НСГ является основным методом диагностики ПВЛМ. Точность ультразвуковой диагностики при ПВЛМ оценивается в 90 %, чувствительность – 85 %, специфичность – 93 %. Ультразвуковое исследование позволяет оценить характер ишемического повреждения, его локализацию и стадийность, а также динамику процесса. Особенно чувствительно к гипоксии и ишемии перивентрикулярное белое вещество у недоношенных. ПВЛМ в острой стадии часто бессимптомна.

Отмечаются следующие стадии ПВЛМ:

- коагуляционный некроз и реактивная микроглиальная реакция, продолжающаяся около 3 часов,
- отграничение зоны повреждения – 8 часов,
- гиперплазия капилляров – 12 часов,
- распад очагов с образованием полостей – 2 недели,
- спадение псевдокист, формирование глиальных рубцов, атрофия мозговой ткани – до 2–5 месяцев.

У недоношенных детей с фокальными формами кистозной ПВЛМ могут впоследствии наблюдаться гемипаретические формы детского церебрального паралича (ДЦП). У крупных доношенных детей, пострадавших в родах от тяжелой асфиксии, развивается парасагитальный ишемический некроз коры и субкортикальная кистозная лейкомаляция. Данные повреждения приводят к развитию тяжелых тетраплегических форм ДЦП с развитием вторичной микроцефалии,

тяжелых форм симптоматической эпилепсии и грубых нарушений психического и речевого развития [25; 26].

Данные о коррелировании повышения умеренной экзогенности в ПВЗ и исхода НПР противоречивы. Дети с признаками атрофии мозга по НСГ в неонатальном периоде имеют более низкий уровень НПР при оценке в возрасте 3 года. Выявление ВЖК при НСГ определяет худший исход НПР по сравнению с детьми с нормальной НСГ при рождении.

6.2. Нейросонография как метод прогноза отклонений развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением головного мозга

Нами были изучены возможности применения результатов обследования методом НСГ для прогнозирования задержки НПР у детей раннего возраста с ППЦНС. Было обследовано 116 детей первого года жизни с ППЦНС, проживающих в г. Архангельске, в том числе 39 % недоношенных детей. Обследование проводили, как минимум, двукратно – на первом году жизни и через 6–8 месяцев после первого обследования.

Все дети были разделены на диагностические подгруппы, в зависимости от доминирующего этиологического фактора: с преимущественно гипоксическими поражениями ЦНС – 46; инфекционными поражениями – 36; неуточненными и смешанными поражениями – 39. Детей с пороками развития ЦНС и с задержкой развития в структуре генетического синдрома в исследование не включали. В подгруппе детей с инфекционным поражением головного мозга у 6 % выявлена цитомегаловирусная инфекция, по 14 % – хламидиоз и токсоплазмоз, в 66 % случаев возбудителя ВУИ идентифицировать не удалось. Полученные результаты сравнивались с данными обследования 21 ребенка, не имеющего в анамнезе ППЦНС, отклонений в развитии и относившихся ко II группе здоровья.

Ультразвуковое исследование головного мозга осуществлялось через большой родничок черепа с использованием секторального сканирования высокочастотными датчиками 5 – 7,5 МГц (аппарат «Алока SSD-260», Япония). Спектр и массивность церебральных нарушений оценивались по девяти наиболее распространенным по-

казателям, предложенным для оценки тяжести поражения головного мозга, прогнозирования ННР и эффективности реабилитационных программ: СЭК, диффузное и локальное повышение эхогенности ПВЗ, признаки ВУИ, локальное и диффузное увеличение желудочков мозга, увеличение МПЩ, ПВЛМ, ВЖК. Особенности ННР оценивались по ведущим линиям развития в декретированные возрастные периоды; ННР недоношенных детей оценивали с учетом скорректированного возраста.

Практически все поражения головного мозга были диагностированы с помощью НСГ. Только у 9,17 % детей дополнительно потребовалось проведение МРТ, у 6,67 % – КТ, которые уточнили полученные при НСГ данные. Сравнительные результаты обследования детей с ППЦНС представлены в таблицах 3–5.

Таблица 3

Результаты клинического обследования детей раннего возраста с ППЦНС, %

Синдром ППГМ	ППЦНС гипоксического генеза	ППЦНС инфекционного генеза	ППЦНС смешанного и неуточненного генеза
Синдром угнетения ЦНС	38	40	13
Синдром двигательных нарушений	40	23	18
Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости	16	16	8
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	7	14	13
Судорожный синдром	13	23	18

Таблица 4

Результаты ультразвукового исследования детей раннего возраста с ППЦНС, %

Данные НСГ	ППЦНС гипоксического генеза	ППЦНС инфекционного генеза	ППЦНС смешанного и неуточненного генеза
Без патологии	33	5	13
Транзиторные изменения	15	22	28

Продолжение таблицы 4

Данные НСГ	ППЦНС гипоксического генеза	ППЦНС инфекционного генеза	ППЦНС смешанного и неуточненного генеза
Стойкие изменения	52	72	59
ПВЛМ	11	23	11
ВЖК	4	9	11
СЭК	7	6	0

Таблица 5

Отдаленные последствия ППЦНС, %

	ППЦНС гипоксического генеза (43 % недоношенных)	ППЦНС инфекционного генеза (53 % недоношенных)	ППЦНС смешанного и неуточненного генеза (28 % недоношенных)
Задержка НПР	72	86	69
ДЦП	38	46	39
Эпилепсия	21	23	26

В подгруппе детей с гипоксическим ППЦНС наблюдалось наибольшее количество детей с синдромом двигательных нарушений, нормальными НСГ-данными и неглубокой задержкой НПР. В подгруппе с инфекционным поражением головного мозга выявлено наибольшее количество недоношенных детей, детей с задержкой психического и речевого развития различной степени, у 95 % выявлены отклонения на НСГ, причем у 72 % это были длительные и стойкие нарушения, в том числе наиболее прогностически неблагоприятные: ПВЛМ, ВЖК, СЭК. Почти у половины детей с инфекционным ППЦНС развился синдром ДЦП (причем, среди детей с транзиторными изменениями и без изменений на НСГ данный синдром отмечался только у 20 %), почти у четверти детей данной подгруппы диагностирована симптоматическая эпилепсия (среди детей с транзиторными изменениями и без изменений на НСГ – только у 10 %).

Таким образом, у детей с гипоксическим и смешанным ППЦНС изменения эхоструктуры головного мозга на НСГ выявлялись реже, были транзиторными и менее тяжелыми, в сравнении с подгруппой

детей с инфекционным генезом поражения, где и прогностически неблагоприятные последствия ППЦНС были очевидны.

Представленные варианты эхографических изменений отражают основные механизмы возникновения патологических процессов в головном мозге. Диффузные и локальные повышения эхогенности ПВЗ, ПВЛМ – разные по степени тяжести изменения гипоксически-ишемического генеза; СЭК и ВЖК – геморрагического; локальные, диффузные дилатации желудочков и увеличение МПЩ – ликвородинамического. Вариабельные изменения структур головного мозга инфекционного происхождения объединены в группу ВУИ (спайки в желудочках, утолщение эпендимы, петрификаты, лентикюлостриарная вазопатия, кисты многокамерные субэпендимальные и сосудистых сплетений).

Полученные нами данные согласуются с результатами зарубежных исследователей о том, что дети с транзиторным повышением эхогенности в ПВЗ и ВЖК имеют повышенный риск задержки развития, причем у первых – более благоприятный прогноз. В нашем исследовании наибольший процент детей с повышением эхогенности в ПВЗ наблюдался в подгруппах с инфекционным, а ВЖК – с инфекционным и смешанным поражением головного мозга. Наименьший процент детей с данными церебральными нарушениями относился к подгруппе с гипоксическим поражением мозга. Выявлено, что транзиторные изменения на НСГ чаще встречаются у недоношенных, как среди детей с нормальным НПР, так и с задержкой. Стойкие НСГ-изменения также чаще встречаются у недоношенных, как с нормальным, так и с патологическим НПР, то есть вероятность стойких НСГ-изменений у недоношенных детей выше, чем у доношенных. Стойкие НСГ-изменения значительно ухудшают прогноз НПР и в группе доношенных, а особенно в группе недоношенных детей: на первоначальные изменения (повышение эхогенности в ПВЗ) наслаиваются другие выявляемые при НСГ нарушения (увеличение желудочков мозга, утолщение эпендимы, глиоз), обуславливая массивность повреждения незрелого мозга недоношенного, ухудшая его адаптивный потенциал. Клинически, часто уже на первом году жизни, эти изменения проявляются в виде задержки НПР, впоследствии приводя к инвалидизации детей, ДЦП.

Как выявлено, фактор этиологии ППЦНС не имеет доминирующего, решающего значения для прогноза НПП у детей раннего возраста, по сравнению с массивностью (сочетанностью и тяжестью) церебральных расстройств. Полученные при НСГ данные являются неспецифическими и, несмотря на идентичность при визуализации, имеют различный механизм возникновения. Поэтому НСГ-признаки сами по себе не могут иметь прогностической значимости, а всегда требуют детализации (время появления, дальнейшая динамика, массивность поражения и т.д.).

Массивность поражения головного мозга может служить предиктором задержки НПП: чем более выражена массивность поражения, тем меньше компенсаторных возможностей головного мозга ребенка. По мере нарастания степени незрелости происходило не только увеличение частоты всех вариантов ППЦНС, но и образование из них более многообразных комбинаций, что сопровождалось углублением задержки в развитии, утяжелением неврологических расстройств. Особенности структуры головного мозга у детей раннего возраста, выявленные при НСГ – диффузное и локальное повышение эхогенности в ПВЗ, диффузное и локальное увеличение желудочков, ПВЛМ, ВЖК, СЭК – сами по себе не являются предикторами формирования отклонений НПП, хотя чаще выявляются у детей с инфекционным и гипоксическим генезом поражения головного мозга. Определяя прогноз НПП ребенка раннего возраста, необходимо принимать во внимание весь комплекс факторов: степень зрелости ребенка, тяжесть, длительность существования и динамику клинических проявлений поражения головного мозга, сочетания с другими НСГ-нарушениями.

Метод НСГ в сочетании с верифицирующими объективными методиками может служить повышению эффективности прогноза дальнейшего НПП детей из ГР отклонений в развитии. Задержка НПП более вероятна у недоношенных детей по сравнению с доношенными; у недоношенных с измененной НСГ по сравнению с доношенными с измененной НСГ, так как у недоношенных детей транзиторные изменения встречаются реже, чем у доношенных. Любые НСГ-изменения у недоношенных детей связаны с высоким риском быть стойкими, сочетаться и трансформироваться в другие измене-

ния НСГ (гипоксические и геморрагические в ликвородинамические и т.д.). Массивность НСГ-изменений сопряжена с большей вероятностью и большей глубиной задержки в НПР, а значит, и с более высокой степенью недоношенности и инфекционной этиологией ППЦНС. Массивность НСГ-изменений, сочетающаяся с клиникой инфекционного ППЦНС у недоношенных детей с задержкой НПР, связана с повышенным риском ДЦП.

Таким образом, методы нейровизуализации непременно должны входить в стандарт обследования ребенка с задержкой НПР, особенно в случаях неуточненного диагноза. Выявленные аномалии на НСГ в позднем неонатальном периоде, так же как и НПР в возрасте 1 года, являются критериями для включения детей в ГР, нуждающуюся в динамическом наблюдении. Целесообразно применять НСГ в практике скрининговых обследований функционального состояния головного мозга детям первого года жизни с отягощенным перинатальным анамнезом ежеквартально на протяжении первого полугодия жизни, и по показаниям – во втором полугодии. По результатам данного исследования нами предложен алгоритм скрининга отклонений НПР у доношенных и недоношенных детей на основе данных НСГ для раннего выявления детей ГР отклонений в развитии и экспресс-диагностики отклонений НПР.

6.3. Особенности функционального состояния мозга детей по данным электроэнцефалографии

Изучение функционального состояния головного мозга позволяет выявить возрастные особенности детей и признаки патологии. По амплитудно-частотным характеристикам основного ритма фоновой электроэнцефалографии (ЭЭГ) можно судить о соответствии уровня развития биоэлектрической активности коры мозга возрастным нормативам или замедлении формирования возрастной корковой ритмики. Созревание ритмогенных механизмов коры играет существенную роль в развитии интеллекта. Если представленность альфа-колебаний с возрастом увеличивается, то количество медленных волн достоверно снижается [36].

Наиболее значимыми для определения функционального состояния мозга детей являются соответствие уровня развития электриче-

ской активности коры возрастной норме и функциональное состояние регуляторных структур. Зрелость электрической активности головного мозга у детей в возрасте от 1 до 7 лет характеризуется наличием комплекса ЭЭГ-признаков. Кроме нарастающих с возрастом индекса и частоты альфа-активности возрастную динамику у здоровых детей отражают степень выраженности реакции активации и снижающийся с возрастом индекс медленноволновых колебаний (дельта- и тета-ритма).

Положительную динамику в развитии отражает появление альфа-ритма, нивелирование межполушарной асимметрии, снижение выраженности ирритативных процессов, медленно-волновой активности, усиленного активирующего влияния подкорковых образований. Эта динамика свидетельствует о процессах совершенствования организации коркового электрогенеза и корко-подкорковых взаимоотношений и коррелирует с улучшением показателей неврологического, психологического и речевого статуса ребенка.

Известно, что у детей 5–6 лет в норме отмечается морфофункциональная незрелость фронтоталамической регулирующей системы. Качественный скачок в созревании подкорковых регуляторных структур происходит к 6 годам. У детей с трудностями обучения такие качественные изменения в этот период отсутствуют. Учитывая специфическую роль ассоциативных ядер таламуса в обеспечении избирательного внимания, предполагается, что когнитивные трудности связаны с дефицитом избирательной регуляции деятельности. Подобные изменения приводят к нарушению активности и внимания [21]. Состояние фронтоталамической системы оказывает влияние прежде всего на процессы, обеспечивающие произвольную деятельность ребенка, такие как способность принять инструкцию, планирование, длительность работы без отвлечений [38].

К выраженным признакам незрелости мозговых структур и отсутствию доминирующей роли коры головного мозга относят:

- задержку развития коркового электрогенеза,
- межполушарную асимметрию,
- раздражение глубинных структур мозга,
- эпилептиформность.

Уровень развития функций внимания, памяти, мышления и речи связан с отдельными характеристиками электрокорковой активности. При лучших показателях психических функций отмечаются более сформированная ритмика основных частотных диапазонов, правильное зональное распределение альфа-ритма, меньшая представленность знаков дисфункции подкорковых структур головного мозга. Недостаточный уровень активности лобных областей коры обуславливает низкую эффективность прогностической деятельности, пространственной ориентации и зрительно-моторной координации. Несформированность корковой электрической активности сказывается прежде всего на операциональной стороне познавательных процессов, что приводит к трудностям восприятия и реализации интегративных умений, снижению интеллектуальных возможностей. Несоответствие возрастной норме функционального состояния регуляторных структур и незрелость фронто-таламической системы затрудняют процессы организации и регуляции познавательной деятельности в целом [20; 36].

Диффузные изменения часто неспецифичны, одни и те же изменения могут встречаться при разных заболеваниях, органических, воспалительных процессах, или функциональных расстройствах, отражая микроструктурные нарушения нейронов мозговой ткани.

Таким образом, особенности ЭЭГ у детей с отклонениями в развитии свидетельствуют о специфике функционального состояния ЦНС, проявляющейся в дефицитности ВПФ. Полученные данные являются нейрофизиологическим обоснованием выявленных нами нарушений познавательной деятельности у детей с проблемами в психическом и речевом развитии в ходе проведенного психофизиологического обследования, позволяющих определить особенности адаптации этих детей к условиям внешней среды.

6.4. Особенности функционального состояния мозга детей с задержкой психического и речевого развития

Исследование ЭЭГ позволяет определить функциональное состояние отдельных мозговых структур, связи между ними, реакции мозга на поступающую из окружающей среды информацию, особен-

ности переработки сенсорной информации, мозговую организацию разных видов деятельности.

В проведенном нами исследовании на основе анализа характеристик ЭЭГ изучались нейрофизиологические особенности, обуславливающие отклонения в психическом и речевом развитии у детей дошкольного возраста. Всего проанализировано 132 ЭЭГ детей в возрасте от 2,5 до 6 лет. Использовался визуальный анализ ЭЭГ: определяли соответствие уровня развития электрической активности коры; наличие общемозговых изменений, локальных изменений, вторичных очагов; выявление функционального состояния регуляторных структур.

ЭЭГ с патологическими признаками на 20 % чаще ($p < 0,05$) встречалась при ЗПР (табл. 6). В отличие от детей с ОНР патологические изменения у них преобладали, уже начиная с раннего возраста. Если в 3–4 года у детей с речевыми нарушениями половина ЭЭГ была расценена как нормальная, то в такой же группе детей с ЗПР к нормальной ЭЭГ было отнесено лишь 25 % ($p < 0,01$). Но и к 5–6 годам у детей с логопатологией сохранялось некоторое преобладание нормальной ЭЭГ. Отставание в ритмике по возрасту отмечалось у детей как с ЗПР, так и с ОНР, причем у последних этот фактор встречался до 90–100 % случаев.

Распространенные изменения потенциалов (нормальных ритмов или патологических форм активности) без определенной локализации свидетельствуют о диффузных изменениях биоэлектрической активности мозга. При этом доминирующая, обычно регулярная, активность может сменяться полиритмией, дезорганизованной полифазной активностью, могут нарушаться нормальная организация ЭЭГ и распределение основных ритмов. По нашим данным, общемозговые изменения преобладали в группе детей с ЗПР. Изменения по органическому типу у них встречались в 2 раза чаще ($p < 0,01$), чем у детей с ОНР. Это относилось к детям обеих возрастных групп. Выраженные по характеру общемозговые изменения также отмечались несколько чаще в группе ЗПР. Дети с ОНР характеризовались умеренными и выраженными отклонениями в равной мере. Аналогичное соотношение у детей с ЗПР менялось в сторону последних. Диффузные изменения указывают на дисфункцию нервной системы, а их выраженность говорит о степени поражения мозга.

**Частота представленности ЭЭГ – характеристик у детей
с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития, %**

	ОНР			ЗПР		
	Вся группа (n=74)	3–4 года (n=41)	5–6 лет (n=33)	Вся группа (n=44)	3–4 года (n=28)	5–6 лет (n=16)
ЭЭГ нормальная	47,30	53,66	39,39	27,27*	25,0**	31,25
ЭЭГ с патологическими признаками	52,70	46,34	60,61	72,73*	75,0**	68,75
Всего	100	100	100	100	100	100
Общемозговые изменения:						
диффузные	76,92	73,68	80,0	84,38	85,71	81,82
по органическому типу	56,41	57,79	55,0	3,75	47,62	36,36
	20,51	15,79	25,0	40,63**	38,10*	45,45
Общемозговые изменения:						
выраженные	15,38	10,53	20,0	25,0	23,81	27,27
умеренные	12,82	15,78	25,0	9,38	9,52	9,09
Отставание в ритмике	92,31	100,0	87,50	64,29	60,0	75,0
Пароксизмальная активность	15,38	15,79	15,0	9,38	0	14,29
Локальные очаги	2,56	0	5,0	3,13	4,76	0
ЭХО-обследование: внутричерепная гипертензия	40,0	33,33	46,43	48,65	40,0	66,67

Примечание: разница достоверна по отношению к РН при * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Зрелость коры головного мозга определяется прежде всего характером альфа-ритма: регулярным, заостренным или дезорганизованным, сниженной частоты или полиритмичным, фрагментарным или отсутствующим. У детей с трудностями обучения отсутствует возрастная динамика в развитии альфа-ритма ЭЭГ, свойственная успевающим детям тех же возрастных групп, что свидетельствует о функциональной незрелости коры головного мозга. Поскольку созревание ритмики в онтогенезе имеет определенную возрастную тенденцию, целесообразно проводить анализ в возрастных подгруппах.

По нашим данным, у детей с ЗПР в 3–4 года ЭЭГ характеризовались фрагментарностью, дизритмичностью, уплощенностью

альфа-ритма, полиморфной активностью. В 5–6 лет у ряда детей с ЗПР фиксировался замедленный альфа-ритм, доминирующий в затылочных областях. Диапазон распределения альфа-ритма в целом по группе составил 24–115 мкв, 8,5–9 Гц. В группе ОНР в 3–4 года также относительно часто встречалась полиритмия, фрагментарность, нерегулярность альфа-ритма. Диапазон распределения в этой группе составил 30–100 мкв, 8,5–10,5 Гц, 6,5–9 кол/с. У ряда детей альфа-ритм доминировал в затылочных, теменно-затылочных, центральных областях. В 5–6 лет у некоторых детей сохранялась полиморфность, асинхрония, фрагментарность и отсутствие альфа-ритма. Если в 3–4 года на полученные характеристики накладывались возрастные особенности, то к 6 годам измененный альфа-ритм скорее свидетельствовал о незрелости мозга.

У детей с ЗПР чаще встречаются полиритмичный альфа-ритм и альфа-ритм сниженной частоты, что связано с незрелостью механизмов коркового ритмогенеза. Возрастная незрелость или дисфункция таламо-корковых механизмов генерации альфа-ритма, отмеченная у детей с ОНР, испытывающих трудности при обучении, связана с нарушением нормального развития диэнцефальных отделов ствола мозга. Это приводит к диффузной несформированности ВПФ у детей данной категории.

Для формирования адекватной познавательной активности большое значение имеет функциональное состояние регуляторных структур мозгового ствола. В нашем исследовании для 5–6-летних детей с ЗПР была свойственна дисфункция медиобазальных и заднестволовых образований. Для детей с ОНР – вовлеченность стволовых и межэнцефальных структур, дисфункция медиобазальных образований, ирритация диэнцефальных структур. Известно, морфофункциональная незрелость фронто-таламической регулирующей системы, обеспечивающей избирательное внимание, обуславливает когнитивные трудности у детей, связанные с дефицитом избирательной регуляции деятельности. Подобные изменения приводят к дефициту внимания и гиперактивности.

Структурный анализ ЭЭГ детей с ЗПР церебрально-органического генеза выявляет неоднородность этой группы. Примерно в половине случаев выявляются локальные изменения электриче-

ской активности, которые сочетаются с выраженными изменениями функционального состояния регуляторных структур. В нашем исследовании локальные изменения встречались не так часто. Пароксизмальная активность нами была отмечена от 9–до 15 % случаев, равномерно в обеих нозологических подгруппах.

Помимо электроэнцефалографии нами был проведен анализ данных ЭХО-обследования. Оказалось, что признаки внутричерепной гипертензии отмечались несколько чаще ($p > 0,05$) в группе детей с ЗПР. Следует отметить, что в возрасте 3–4 лет преобладание частоты внутричерепной гипертензии у детей с ЗПР по сравнению с ОНР было незначительным. Однако в 5–6 лет частота гипертензии среди детей с ЗПР была выше уже на 20 %. В группе ОНР при нормальной ЭЭГ внутричерепная гипертензия отсутствовала в 80 % случаев. При патологически измененной ЭЭГ гипертензия выявлялась в половине случаев, из них в 47,1 % изменения ЭЭГ носили органический характер (в группе ЗПР – в 72,2 %), что говорит о выраженности морфофункциональных изменений при ЗПР.

Таким образом, применение нейрофизиологического метода позволило оценить уровень развития электрической активности коры и определить наличие особенностей ЭЭГ у детей с ЗПР и речевыми отклонениями, проявляющиеся в незрелости, дисфункции и наличие общемозговых изменений диффузного характера, а также изменений органического типа, что отражается в дефицитности ВПФ.

Контрольные вопросы и задания

1. Насколько распространена перинатальная патология центральной нервной системы у детей?
2. Какова роль инструментальных данных в диагностике отклонений в развитии у детей раннего возраста?
3. Какие свойства ультразвука позволяют использовать его с диагностической целью?
4. В чем суть метода нейросонографии? Каковы показания к его применению у детей раннего возраста?
5. Какие патологические изменения и аномалии строения головного мозга можно выявить при помощи методов нейровизуализации?

6. Какова прогностическая значимость методов нейровизуализации для нервно-психического развития у детей?

7. Назовите признаки возрастной сформированности корковой ритмики по данным ЭЭГ.

8. Какие наиболее значимые параметры определения функционального состояния мозга детей по ЭЭГ Вы знаете?

Клинические примеры

Пример использования «Алгоритма скрининга отклонений нервно-психического развития у доношенных и недоношенных детей на основе данных нейросонографии» (схема 2).

Кирилл, 6 месяцев. В анамнезе выявлены следующие факторы риска: заболевание матери во время беременности, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, хроническая внутриутробная гипоксия, преждевременные роды, родовое излитие вод, слабость родовой деятельности, родостимуляция. Ребенок родился недоношенным, асфиксия в родах, предполагалось внутриутробное инфицирование. При проведении НСГ в периоде новорожденности выявлены транзиторные структурные изменения в виде диффузного увеличения желудочков мозга; признаков ВУИ, а также локального повышения эхогенности в перивентрикулярных зонах. По алгоритму скрининга ребенок включен в группу риска с высокой вероятностью отклонений в развитии.

Соня, 8 лет. Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне анемии, ОРЗ на ранних сроках, угрозы прерывания беременности, отягощенного акушерского анамнеза. Роды I в 39 недель, быстрые. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. При проведении НСГ на 5-е сутки, в 1 месяц и в 6 месяцев структурных изменений головного мозга не определялось. До 1 года состояла на учете у невролога с диагнозом перинатальное поражение центральной нервной системы. По алгоритму скрининга определен благоприятный прогноз, предполагалось нормальное развитие.

Росла и развивалась по возрасту. В настоящее время жалоб нет, нервно-психическое развитие соответствует возрасту, с 6 лет обучается в языковой гимназии, легко усваивает программу.

Глава 7. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Качество жизни (КЖ) – это восприятие человеком своей жизни, совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой. Понятие «качество жизни» формируется с учетом социально-экономической, политической, культурной, экологической обстановки, в которой существует исследуемая группа населения. Важными элементами КЖ являются условия труда, быта, питания, отдыха, организация сферы обслуживания, здравоохранения, образования и др.

Многофакторность КЖ обусловлена тремя уровнями:

- биологическим;
- психологическим;
- социальным.

Сбалансированность уровней представляет идеальную норму КЖ, стремление к балансу которых и есть работа по улучшению КЖ. КЖ обусловлено состоянием здоровья. Под медицинскими аспектами КЖ понимают влияние самого заболевания на ограничение функциональных способностей, а также лечения на повседневную жизнедеятельность человека. КЖ в определенной степени связано с тяжестью заболевания, отдельными симптомами, патофизиологическими изменениями в организме.

КЖ – показатель субъективной удовлетворенности больных в динамике лечения и реабилитации своим физическим, психическим состоянием, социальным функционированием. Понятие КЖ тесно связано с самооценкой, которая также носит субъективный характер и зависит от ряда факторов: психологических особенностей, самочувствия, состояния здоровья окружающих (родственников), информированности о результатах обследования и др. Таким образом, самооценка – показатель здоровья человека, варьирующий в зависимости от конкретных условий жизни.

Отмечают высокую степень совпадения самооценки с объективным состоянием здоровья, поэтому она является не только харак-

теристикой здоровья и адаптированности, но и интегрированным показателем удовлетворенности медицинским обслуживанием и мерами социальной помощи и может дополнять данные объективных исследований. Важно помнить, что по мере ухудшения общего состояния пациента ухудшается и субъективное мнение о результатах лечения, поэтому на эффективность медицинской и других видов помощи будет оказывать влияние исходное состояние пациента.

Многими исследователями подчеркивается важность адекватной адаптации семьи к состоянию ребенка. Нервно-психические переживания в семье негативно влияют на самооценку. Установлено, что лица с высокой самооценкой более грамотны и информированны в вопросах здоровья. С одной стороны, необходимо повышать знания родителей в вопросах укрепления психического здоровья и профилактики заболеваний, с другой – формировать у них понятие психического развития и психологических особенностей ребенка.

Для прогнозирования психического здоровья ребенка значимым является фактор психического здоровья родителей, особенно матерей. В свою очередь, отношение ребенка к здоровью является частью его самопознания, частью его образа «Я», который складывается из восприятия своего внешнего облика, своего поведения. Самооценка, отражающая результаты сравнения своих качеств с такими же у других детей, определяется степенью его удовлетворенности собой и оказывается значимой для поведения.

По сравнению с нормально развивающимися сверстниками дети с психоречевыми отклонениями подвержены большему риску по развитию эмоциональных отклонений и нарушений поведения. Низкий уровень интеллектуального развития детей изменяет направленность личностных реакций на свое состояние, тип эмоционального отношения к нему, характер переживаний, препятствует развитию адекватной и дифференцированной внутренней картины болезни. Это приводит к примитивному типу реакций такого ребенка на заболевание [15]. Важным фактором, обуславливающим успешность реабилитации детей с нарушениями в развитии и повышение КЖ, является семейная адаптация детей.

Таким образом, КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функцио-

нирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Это – качественный показатель медико-социальной реабилитации, отражающий не только физическое, но и психическое состояние пациента, уровень его жизнедеятельности и социальной активности. До настоящего времени данные по исследованию КЖ при нервно-психических заболеваниях детей в литературе представлены недостаточно. Практически не освещена проблема КЖ детей с психосоматическими и интеллектуальными расстройствами.

7.1. Методы, применяемые для изучения качества жизни

Повышение КЖ детей с нарушениями в психическом и речевом развитии является одной из основных задач медико-социальной реабилитации при данной патологии. Реабилитация должна быть направлена на уменьшение проявлений социальной дезадаптации, характерной для большинства таких детей. Если рассматривать реабилитацию как завершающий этап общего лечебного процесса, где важно оценить эффективность лечения и степень восстановления личностного и социального статуса больного, то повышение КЖ является одной из главных целей реабилитации. Критериями оценки качества медицинского обеспечения должны быть социальная и личная удовлетворенность уровнем оказываемой помощи не только с позиций специалистов, но и пациентов или их родителей.

Оценка КЖ представляет собой методы изучения психического, физического и социального статуса человека, основанного на его субъективном восприятии, и является важной составляющей процесса взаимодействия пациента с врачами, педагогами, социальными работниками, психологами. Актуальной остается проблема выбора адекватных методик. В современной зарубежной литературе наиболее часто приводятся следующие: The McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), The Patient Evaluated Problem Scores (PEPS), World Health Organisation Quality of Life Questionnaire (WHOQOL), Quality of Life Questionnaire (QOL-Q), The How Are You? scale, позволяющие оценить физический и психический статус пациента и участие его в лечении.

Для определения показателей КЖ рекомендуют выделять показатели потребностей, физиологического статуса и психического состояния. Среди последних наибольшее значение имеет комплекс

состояний, отражающих проявления нервно-психической напряженности, поэтому оценка КЖ может дополняться разнообразными психологическими методиками.

Исследование КЖ основано на трех принципах:

- многокомпонентности, включающей физический, психологический и социальный аспекты жизнедеятельности;
- изменчивости во времени в зависимости от состояния здоровья и других факторов;
- участия респондента в оценке КЖ.

Главным отличием исследования КЖ у детей является участие в такой оценке как самого ребенка, так и его родителей и других значимых взрослых.

Оценка параметров КЖ детей до трех лет основана исключительно на опросе родителей или специалистов. Разработана русская версия опросника QUALIN для изучения КЖ детей раннего возраста от 3 месяцев до 3 лет [40], который предусматривает две формы (для родителей и педиатров) и рассматривает основные аспекты функционирования ребенка: поведение и общение, способность оставаться одному, семейное окружение, нервно-психическое развитие.

Следует помнить, что родители могут недооценивать, а персонал, наоборот, переоценивать состояние здоровья детей по сравнению с мнением детей. Интересными данными может быть степень разногласия в ответах, зависящая от многих факторов (пол, возраст и т.д.). Различные аспекты жизнедеятельности ребенка также отличаются от таковых у взрослых. Кроме того, нет единого мнения о том, кто должен оценивать КЖ ребенка. С учетом способности адекватно представлять себя лишь после 5 лет, ребенок может участвовать в данной оценке после достижения этого возраста. Многие детские методики изучения КЖ содержат несколько вариантов в зависимости от возраста детей. Так, опросник PedsQL – 4.0 имеет семь вариантов: для детей 5 – 7, 8 – 12, 13 – 18 лет, для их родителей и один вариант – для заполнения родителями детей 2 – 4 лет.

7.2. Результаты изучения качества жизни семей с детьми с нарушениями в развитии

Изучение связи психического здоровья родителей и детей является важным фактором при разработке профилактических мероприя-

тий. Родительское отношение к ребенку оказывает непосредственное влияние на психическое развитие детей. Одной из основных задач реабилитации детей с отклонениями в психическом и речевом развитии является повышение КЖ семей, воспитывающих проблемного ребенка. Последнее включает устранение нарушения социального функционирования, характерного для значительной части таких семей, и определяет необходимость оказания своевременной медико-социальной и психологической помощи. Важным элементом первичной профилактики заболеваний у детей является «медицинская активность» родителей как вид деятельности, предусматривающий своевременность обращения к специалисту в случае заболевания ребенка, точность выполнения его назначений, а также обращение с профилактической целью и участие в оздоровлении.

Целью проведенного нами исследования [5; 43] было выявление особенностей КЖ семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, в ходе медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации. Были изучены социальная активность семей, отношение родителей к имеющимся нарушениям у ребенка, потребность и удовлетворенность в получении специализированной помощи. Нами было обследовано 390 родителей (258 матерей, 132 отцов), имеющих детей от 2 до 6 лет. Среди них – 117 семей, воспитывающих детей с ЗПР и РП (ОГ); 51 семья, чьи дети посещали специализированные группы ДООУ (ГС); 90 семей, имеющих детей с нормой развития (КГ). Дополнительно был проведен опрос 51 родителя (43 матерей, 8 отцов), воспитывающего детей с умственной отсталостью (УО) легкой степени. В обследовании применялись разработанные нами способы комплексного изучения КЖ.

Было выявлено, что показатели КЖ у матерей и отцов ОГ значительно не отличались от КГ при тенденции к снижению удовлетворенности качеством жизни (УдКЖ) у матерей. В ГС ряд показателей КЖ (степень материальной обеспеченности (СМО), оценка состояния здоровья (ОСЗ), УдКЖ) у матерей был значительно ниже, чем в КГ. Более низкие результаты в ГС свидетельствуют о влиянии ребенка с нарушениями в развитии на КЖ семьи. Разделение по форме патологии (ЗПР и РП) выявило, что показатели обоих родителей детей с РП достоверно не отличались от КГ. В то же время матери детей с

ЗПР характеризовались достоверно более низкими показателями относительно результатов КГ. Обследование родителей детей с легкой интеллектуальной недостаточностью (УО) выявило значительную разницу по ряду показателей не только с КГ, но и с ОГ (табл. 7), что подтверждает влияние степени тяжести и стойких отклонений в развитии у ребенка на КЖ семьи в целом.

Эффективность коррекционно-реабилитационных мероприятий определяется уровнем КЖ пациентов и их семей. Известно, что успешность реабилитации ведет к повышению КЖ. В динамике коррекционной работы было обнаружено, что все показатели у обоих родителей ОГ и ГС достоверно не отличались от КГ, при этом УдКЖ имел тенденцию к повышению по сравнению с началом учебного года. В ОГ этот показатель повысился в обеих нозологических подгруппах. Учитывая, что УдКЖ является наиболее интегративным показателем, можно говорить о позитивном эффекте коррекционно-реабилитационных мероприятий, проводимых в специализированных учреждениях.

Таблица 7

Показатели качества жизни матерей, имеющих детей с легкой интеллектуальной недостаточностью (M ± m)

Показатели	УО n = 43	ОГ n = 117	КГ n = 90
Степень материальной обеспеченности СМО	14,33 ± 0,49***	15,88 ± 0,21	16,36 ± 0,24
Степень социальной активности ССА	12,26 ± 0,29	12,11 ± 0,16	11,65 ± 0,18
Оценка состояния здоровья ОСЗ	9,41 ± 0,22*****	10,15 ± 0,14	10,31 ± 0,13
Уровень качества жизни УКЖ	36,46 ± 0,62*****	38,17 ± 0,35	38,22 ± 0,42
Удовлетворенность качеством жизни УдКЖ	46,37 ± 1,01**	48,77 ± 0,56	49,65 ± 0,67

Примечание: различия достоверны при сравнении с КГ при * – p < 0,05; ** – p < 0,01; *** – p < 0,001; при сравнении с ОГ при ° – p < 0,01; °° – p < 0,001.

Ранжирование составляющих КЖ семей, негативно связанных с воспитанием проблемного ребенка, в трех группах выявило следующее их распределение: 1 – материальные трудности; 2 – характер работы (только для матерей); 3 – состояние здоровья: психическое, физическое состояние, общее самочувствие; 4 – круг общения и взаимоотношение с родственниками; 5 – уровень образования (только в ОГ).

Отцы чаще отмечали влияние воспитания проблемного ребенка на материальные трудности, на взаимоотношение с родственниками и на свое психическое состояние.

Ранжирование составляющих КЖ в группе УО выявило преимущественную связь с плохим материальным положением. Связь с низким уровнем своего образования отмечали 31,5 % матерей (в 2 раза выше, чем в ОГ), с неудовлетворительным состоянием здоровья и плохим самочувствием – до 43,8 % (в 3 раза выше, чем в ОГ), с взаимоотношениями в семье – в 1,5 раза выше, чем в ОГ. Эти данные также подтверждают связь низкой субъективной оценки КЖ членов семьи с тяжестью патологии у ребенка.

Таким образом, КЖ семей, имеющих детей с нарушениями в развитии, качественно отличается от КЖ в семьях с нормально развивающимися детьми более низким уровнем и удовлетворенностью КЖ. Снижение КЖ семьи связано с нарастанием степени тяжести и формой патологии у ребенка.

Показатели КЖ семей были дополнены данными их детей. Важным фактором, обуславливающим успешность реабилитации детей с нарушениями в развитии, является их семейная адаптация. В связи с этим нами проведено исследование детей с ЗПР и РП для выявления особенностей их КЖ, а также выявление факторов, влияющих на КЖ детей, для разработки психопрофилактических мероприятий. Всего обследован 191 ребенок дошкольного возраста (4–6 лет). Среди них – 127 детей с отклонениями в развитии; КГ составили 64 ребенка с нормальным развитием. В обследованиях, проведенных в начале и конце коррекционного периода (сентябрь – май), применялся разработанный нами способ оценки КЖ детей.

Были выявлены различия: у детей с выраженными отклонениями в развитии показатели, параметры которых изначально опреде-

лялись независимо от мнения ребенка (шкалы А и В), достоверно не отличались от КГ; при этом удовлетворенность КЖ, отражающая самооценку ребенка и являющаяся более субъективной (шкала С), была значительно ниже, чем в КГ.

Полученные результаты показали, что уровень КЖ детей с отклонениями в психическом (в степени ЗПР) и речевом развитии близок к уровню КЖ нормально развивающихся детей. Однако дети с проблемами в развитии характеризуются сниженной самооценкой, оказывающей влияние на более низкую удовлетворенность КЖ. В динамике реабилитации да уровень КЖ детей с отклонениями в развитии повышается, при этом субъективная удовлетворенность КЖ значительно возрастает.

Используемые нами методики позволили оценить не только КЖ семей и детей, но и установить особенности его изменения, способствовали разработке реабилитационных мероприятий. Эффективность реабилитации с использованием критерия КЖ необходимо оценивать и в более отдаленном периоде путем проведения мониторинга семей, имеющих детей с отклонениями в развитии.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте понятие «качества жизни».
2. Назовите основные направления в оказании психосоциальной помощи семьям.
3. В чем заключается социально-психологическая помощь семье?

Клинический пример

Дима А., 5 лет. Диагноз: гиперкинетическое расстройство поведения.

Родителей беспокоило агрессивное поведение сына, высокая конфликтность в детском саду со сверстниками, драчливость, вспыльчивость. На занятиях мальчик был крайне неусидчив, постоянно отвлекался, нарушал учебную дисциплину. Дима – единственный ребенок в семье. Семья благополучная, проживали втроем в отдельной квартире.

При беседе с родителями был выявлен целый ряд факторов негармоничного воспитания: несогласованность в отношениях с ре-

бенком между матерью и отцом, родителями и прародителями; непоследовательность, гиперопекание, преимущественно со стороны матери и бабушек. Мать, несмотря на то, что считала ребенка очень подвижным, неусидчивым, не поощряла шумные игры отца с сыном и контролировала поведение ребенка, снижая дома его двигательную активность. Оба родителя подтверждали свою воспитательную неуверенность. С их слов, бабушки пытались быть строгими, предъявлять запреты и требования к ребенку, но чаще Дима настаивал на своем и требования взрослых оставались невыполненными.

Уровень психического развития ребенка соответствовал возрасту. При обследовании Дима был общительным, хорошо вступал в контакт, отвечал на все вопросы, но некоторые из них, касающиеся отношений со сверстниками, вызывали у Димы затруднения или протестные реакции. Так, при ответах на опросник «Качества жизни» вопросы «Есть дети, которых ты боишься?» и «Есть дети твоего возраста сильнее тебя?» вызвали хотя и утвердительные ответы, но при этом выбор нарисованного на бланке лица был положительным. На второй вопрос мальчик переспросил: «Здесь нет злого лица? Нет? Жалко!». В беседе Дима часто повторяет о сверстниках в детском саду: «они мне надоели», «они меня достали», «не делятся игрушками».

Во время приема ребенок не давал возможность родителям беседовать с врачом (не мог себя занять, не выполнял инструкцию нарисовать рисунок семьи, постоянно заглядывал в кабинет, требовал нарисовать за него или помочь), был очень настойчив в привлечении внимания взрослых. Родители проявляли недовольство, просили заняться рисованием самостоятельно, но все же выполняли требования ребенка.

Выраженные отклонения в поведении у мальчика были связаны преимущественно с нарушениями в воспитании. Психологическое сопровождение семьи и семейная психотерапия в данном случае должны занимать ведущее положение в коррекционной помощи.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Автором понятия о первичном и вторичном дефектах является:

- а – Л.С. Выготский
- б – А.Н. Леонтьев
- в – Б.Д. Эльконин
- г – В.В. Ковалев

2. Автором понятия о зоне ближайшего развития является:

- а – А.Н. Леонтьев
- б – Л.С. Выготский
- в – Б.Д. Эльконин
- г – Г.Е. Сухарева

3. К типу психического дизонтогенеза относят:

- а – ретардацию, акселерацию
- б – акселерацию
- в – асинхронию, акселерацию
- г – ретардацию, асинхронию

4. При подозрении на хромосомные нарушения важно учитывать наличие у пациента:

- а – дислексии
- б – дистонии
- в – дисплазии
- г – диплегии

5. Преобладающее влияние повреждающих факторов происходит во время:

- а – интранатальный период
- б – перинатальный период
- в – постнатальный период
- г – с 1 года до 3 лет

6. В этиопатогенезе отклонений в развитии ведущее значение отводится:

- а – ацидозу
- б – гипоксии
- в – гиперкапнии
- г – гипокалиемии

7. Олигофрения возникает на основе:

- а – микросоциальной запущенности
- б – функциональной незрелости ЦНС
- в – органического поражения ЦНС
- г – педагогической запущенности

8. Признаки поражения при олигофрении:

- а – необратимость
- б – мозаичность
- в – прогрессиентность
- г – временный характер

9. По методике Векслера IQ при легкой степени умственной отсталости находится в пределах:

- а – 40 – 69
- б – 70 – 79
- в – 80 – 89
- г – 90 – 99

10. Хромосомные нарушения при болезни Дауна связаны с:

- а – нарушением половых хромосом
- б – трисомией 21 хромосомы
- в – ломкой X-хромосомой
- г – трисомией 23 хромосомы

11. Из рациона питания следует исключить продукты с большим количеством белка при:

- а – синдроме Дауна
- б – фенилкетонурии

- в – цитомегаловирусной инфекции
- г – раннем детском аутизме

12. Резидуальная патология головного мозга лежит в основе задержки психического развития:

- а – конституционального происхождения
- б – органического происхождения
- в – соматогенного происхождения
- г – психогенного происхождения

13. По методике Векслера IQ при задержке психического развития находится в пределах:

- а – 40 – 69
- б – 70 – 79
- в – 80 – 89
- г – 90 – 99

14. Задержка психического развития имеет генез:

- а – органический
- б – соматогенный, органический
- в – психогенный, соматогенный, органический, конституциональный
- г – психогенный, органический, конституциональный

15. Для задержки психического развития характерны:

- а – тотальность
- б – обратимость, мозаичность
- в – временность
- г – обратимость, мозаичность, временность

16. В патогенезе задержки психического развития основную роль играет:

- а – гипоксия головного мозга
- б – нарушение белкового обмена
- в – генетические нарушения
- г – количество пропущенных ребенком учебных часов

17. Стереотипии и ритуалы характерны для:

- а – раннего детского аутизма
- б – психопатии
- в – эпилепсии
- г – олигофрении

18. «Феномен тождества» характерен для:

- а – дебильности
- б – аутизма
- в – слепоты
- г – деменции

19. Длительные и повторяющиеся занятия с неигровыми предметами в раннем возрасте характерны для:

- а – раннего детского аутизма
- б – задержки психического развития
- в – деменции
- г – умственной отсталости

20. Страх бытовых шумов характерен для:

- а – раннего детского аутизма
- б – психопатии
- в – эпилепсии
- г – олигофрении

21. Детский аутизм – это:

- а – нарушения в социальном взаимодействии, нарушения коммуникабельности, значительное сужение интересов и активности
- б – значительное сужение интересов и активности
- в – резко выраженная интровертированность
- г – нарушения коммуникабельности

22. Ранний детский аутизм определяется:

- а – искаженным психическим развитием
- б – психическим недоразвитием
- в – дисгармоничным развитием

г – задержанным развитием

23. Симптом тождества – это:

а – озабоченность сохранить неизменность окружения

б – склонность к самоповреждениям

в – предпочтение определенных видов пищи

г – все ответы верны

24. Ранняя диагностика и коррекция проводится в сроки:

а – с рождения до трех лет

б – во внутриутробном периоде

в – с рождения до одного года

г – со второй половины беременности до одного года

25. Направление в специализированное образовательное учреждение ребенку с олигофренией выдается по решению:

а – специалистов психоневрологического диспансера

б – специалистов психолого-медико-педагогической консультации

в – педагогического совета школы

г – классного руководителя

26. Ведущим признаком интеллектуальной недостаточности является:

а – недостаточная способность к абстрактному мышлению

б – недостаточно развитая память

в – недостаточность воли

г – недостаточная способность к восприятию

27. К дифференцированным формам умственной отсталости относятся:

а – генетически обусловленные нарушения

б – клинические синдромы

в – снижение интеллекта в результате перенесенных заболеваний

г – все утверждения верны

28. В классификацию задержки психического развития по этиопатогенетическому принципу входят:

- а – 2 типа ЗПР
- б – 3 типа ЗПР
- в – 4 типа ЗПР
- г – все ответы неверны

29. В патогенезе ЗПР соматогенного происхождения основную роль играет:

- а – количество пропущенных ребенком учебных часов
- б – гипоксия головного мозга, астения
- в – хромосомные нарушения
- г – нарушение белкового обмена

30. К нарушению письменной речи относят:

- а – дислексию
- б – дизартрию
- в – дислалию
- г – дисфонию

31. Синоним косноязычия или невнятной речи:

- а – дислалия
- б – дизартрия
- в – моторная алалия
- г – сенсорная алалия

32. Полная неспособность к овладению навыками чтения:

- а – алексия
- б – алалия
- в – афазия
- г – дислексия

33. В психолого-педагогическую классификацию речевых нарушений входят:

- а – фонетико-фонематическое недоразвитие речи
- б – общее недоразвитие речи

- в – заикание
- г – все ответы верны

34. Нарушение речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата:

- а – дисфония
- б – дислалия
- в – дизартрия
- г – дизграфия

35. В логопедических группах обучаются дети:

- а – с нормальным интеллектом
- б – с задержкой психического развития
- в – с умственной отсталостью
- г – все ответы неверны

36. Ранооглохшие дети – дети, потерявшие слух:

- а – на первом году жизни
- б – на втором году жизни
- в – родившиеся неслышащими
- г – все ответа верны

37. Дефект слуха прежде всего влияет на:

- а – формирование речи
- б – формирование мышления
- в – становление моторики
- г – развитие произвольного внимания

38. Ведущим в учебном процессе является анализатор:

- а – слуховой
- б – зрительный
- в – тактильный
- г – кинестетический

39. Дети с остаточным зрением относятся к:

- а – слепым
- б – слабовидящим

- в – с амблиопией
- г – с косоглазием

40. Дети с ДЦП могут иметь:

- а – нормальный интеллект
- б – низкий интеллект
- в – пограничный интеллект
- г – все ответы верны

41. Среди нарушений речи у детей с ДЦП чаще всего отмечается:

- а – дислексия
- б – дизартрия
- в – дислалия
- г – дисфония

42. Причины детского церебрального паралича:

- а – родовая травма
- б – наследственность
- в – полиэтиологические факторы
- г – внутриутробная инфекция

43. Характерные нарушения при ДЦП:

- а – двигательные, речевые, эмоционально-волевые
- б – двигательные, познавательные
- в – двигательные, речевые, познавательные, эмоционально-волевые
- г – речевые, эмоционально-волевые

44. К признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести:

- а – в основе мутизма лежат сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие и т.п.)
- б – мутизм возникает в связи с психической травмой
- в – мутизм сочетается с другими невротическими расстройствами
- г – верно все перечисленное

45. Упорное стремление кусать ногти, сосать палец, выдергивать волосы на волосистой части головы или бровях, раздражать половые органы, раскачиваться перед сном с получением при этом определенного удовольствия это:

а – ритуалы

б – гиперкинезы

в – патологические привычные действия

г – тики

46. Двигательная расторможенность, непоседливость, общая возбудимость, неустойчивость внимания у детей характерны для синдрома:

а – неврозоподобного

б – гипердинамического

в – психопатоподобного

г – невротического

47. Психический онтогенез – это:

а – нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций мозга

б – искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие индивида

в – запаздывание или приостановка психического развития индивида

г – психическое развитие индивида

48. Психический инфантилизм – это:

а – психическая незрелость, проявляющаяся преимущественным нарушением темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности, соответствующими более младшему возрасту

б – возврат к более примитивным формам поведения и мышления, которые были свойственны для более ранней стадии онтогенетического развития разумного субъекта

в – нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление,

эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для раннего возраста

г – все ответы верны

49. Триада Лорна-Уинга, характеризующая ранний детский аутизм представлена следующими симптомами:

а – социальная отгороженность, стереотипное поведение, недостаток общения

б – нелогичность поступков, расщепление психических процессов, эмоциональная уплощенность

в – снижение памяти, трудности общения, задержка психического развития

г – трудности общения, эмоциональная неустойчивость, импульсивность

50. В этиологии резидуально-органических расстройств основная роль отводится факторам:

а – неблагоприятные воздействия на плод во время беременности

б – родовая травма

в – инфекционное поражение головного мозга

г – все ответы верны

51. Воспитание ребенка по типу гипоопеки и безнадзорности формируют у ребенка следующие качества, кроме:

а – незрелости эмоционально-волевой сферы

б – рассудительности, преобладания интеллектуальных интересов над игровыми, наличия «взрослых выражений» и оборотов речи

в – повышенной внушаемости

г – недостаточности уровня знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы

52. Воспитание ребенка по типу «оранжерейного» формируют у ребенка следующие качества, кроме:

а – недостаточности высших свойств личности – направленность интересов, систему идеалов, нравственных установок

б – эгоцентризма, несамостоятельности, пассивности, удовлетворения элементарных потребностей

в – рассудительности, преобладания интеллектуальных интересов над игровыми, наличия «взрослых выражений» и оборотов речи
г – недостаточной сформированности или отсутствия интеллектуальных интересов, потребности в труде, незрелости

53. Воспитание ребенка по типу «кумира семьи» формируют у ребенка следующие качества, кроме:

- а – инфантильности
- б – выраженного эгоцентризма
- в – неумения считаться с окружающими
- г – рассудительности, преобладания интеллектуальных интересов над игровыми

54. Воспитание ребенка по типу «деспотического» с физическими наказаниями и постоянными запретами формируют у ребенка следующие качества, кроме:

- а – эмоционально-волевой незрелости, в виде малой активности, инициативы
- б – недостаточной самостоятельности, нерешительности
- в – недостаточной сформированности или отсутствия интеллектуальных интересов, потребности в труде, незрелости
- г – рассудительности, преобладания интеллектуальных интересов над игровыми

Ответы к тестовым заданиям

№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	а	19	а	37	а
2	б	20	а	38	б
3	г	21	а	39	а
4	в	22	а	40	г
5	б	23	а	41	б
6	б	24	а	42	в
7	в	25	б	43	в
8	а	26	а	44	г
9	а	27	г	45	в
10	б	28	в	46	б
11	б	29	б	47	г
12	б	30	а	48	а
13	б	31	б	49	а
14	в	32	а	50	г
15	г	33	г	51	б
16	а	34	в	52	в
17	а	35	а	53	г
18	б	36	г	54	г

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология / Ю.И. Барашнев. Издание второе, дополненное. – М.: Триада-Х. – 2011 – 672 с.
2. Белова О.С. Количественная оценка нервно-психического развития детей раннего возраста / О.С. Белова, А.Г. Соловьев, М.В. Парамонова // Психическое здоровье. – 2017. – № 5. – С. 82–84.
3. Белова О.С. Нейросонография в детской психиатрии: учебное пособие / О.С. Белова, А.Г. Соловьев. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – 124 с.
4. Бородина Л.Г. Медицинские аспекты сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра / Л.Г. Бородина, Н.В. Письменная // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 3. – С. 3–8.
5. Бочарова Е.А. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни / Е.А. Бочарова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев; под. ред. П.И. Сидорова. – Архангельск : Издат. центр СГМУ, 2005. – 217 с.
6. Бочарова Е.А. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы / Е.А. Бочарова, Н.Г. Корытова, Л.В. Труфанова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Российский педиатрический журнал. – 2003. – № 3. – С. 52–54.
7. Бочарова Е.А. Медико-социальные факторы риска в формировании отклонений в психическом и речевом развитии в детском возрасте / Е.А. Бочарова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 4. – С. 39–42.
8. Васильев А.Ю. Ультразвуковая диагностика в детской практике / А.Ю. Васильев, Е.Б. Ольхова. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 160 с.
9. Введение в реабилитацию детей / общ. ред.: В.В. Бурлака и др. – Архангельск: ИПП «Правда Севера», 2009. – 358 с.
10. Голдобина О.А. К проблеме психического здоровья детей раннего и дошкольного возраста (по результатам скринингового клинико-психологического исследования) / О.А. Голдобина, Я.В. Соколов // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 3. – С. 63–68.

11. Детская психиатрия: учебник / под. ред. Э.Г. Эйдемиллера. – М.; СПб; Н.Новгород: Питер, 2005. – 1120 с.
12. Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей : пособие для психол.-мед.-пед. комис. / С.Д. Забрамная. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 32 с.
13. Захаров А.И. Происхождение и психотерапия детских неврозов / А.И. Захаров. – СПб.: КАРО, 2006. – 672 с.
14. Зубова Е.П. Оценка состояния здоровья детей раннего возраста в рамках абилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе / Е.П. Зубова, Н.Н. Насыбуллина, Г.М. Хузиева, М.М. Садыков // Практическая медицина. – 2013. – № 6. – С. 19–24.
15. Исаев Д.Н. Психиатрия детского возраста: психопатология развития: учеб. для вузов / Д.Н. Исаев. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 469 с.
16. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
17. Керре Н.О. О специфике семей, имеющих детей с аутизмом / Н.О. Керре // Аутизм и нарушения развития. – 2011. – № 2 (33). – С. 18–21.
18. Козловская Г.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном»/ Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова. – М.: МГИУ, 2012. – 88 с.
19. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. – М: ПЕРСЭ, 2002. – 192 с.
20. Крупская Е.В. Возрастные изменения параметров распознавания иерархических стимулов в условиях направленного внимания у детей от 5 до 10 лет / Е.В. Крупская, Р.И. Мачинская // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 60. – № 6. – С. 679–690.
21. Курганский А.В. Фронтальные билатерально-синхронные тета-волны на ЭЭГ детей 7–8 лет с трудностями обучения: качественный и количественный анализ / А.В. Курганский, Р.И. Мачинская // Физиология человека. – 2012. – Т. 38, № 3. – С. 37–47.

22. Лебединская К.С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте / К.С. Лебединская, В.В. Лебединский. – М.: Академический Проект, Трикста, 2013. – 304 с.
23. Макарова В.И. Академическая история болезни : метод. рекомендации (из записной книжки врача-педиатра; вып. 10) / В.И. Макарова, Н.Ю. Плаксина. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2015. – 38 с.
24. Макарова В.И. Основные проблемы здоровья детей на севере России / В.И. Макарова, Л.И. Меньшикова // Экология человека. – 2003. – № 1. – С. 39–41.
25. Немкова С.А. Когнитивные нарушения при детском церебральном параличе / С.А. Немкова. – М.: Триада-Х, 2013. – 439 с.
26. Немкова С.А. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича : метод. пособие / С.А. Немкова, Н.Н. Заваденко, М.И. Медведев. – М., 2013. – 76 с.
27. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина. – М., 2013. – 896 с.
28. Нисевич Л.А. Внутриутробная инфекция: мать-плацента-плод / Л.А. Нисевич, А.Г. Талалаев, Л.Н. Каск с соавт. // Детские инфекции. – 2008. – № 2. – С. 9–13.
29. Основы формирования здоровья детей: учебник / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Ю.Ф. Лобанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 328 с.
30. Подоплелова О.Н. Психологическая помощь родителям детей с тяжелыми психическими или органическими расстройствами / О.Н. Подоплелова // Аутизм и нарушения развития. – № 4. – 2008. – С. 60–63.
31. Постановление Правительства Архангельской области от 20.12.2016 г. N 532-пп «Об утверждении региональной программы Архангельской области по оказанию комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра, проживающим в Архангельской области».
32. Приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних».
33. Прусаков В.Ф. Роль перинатальных повреждений нервной системы в формировании неврологической патологии детского

возраста / В.Ф. Прусаков, Е.А. Морозова, В.И. Марулина и др. // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, вып. 2. – С. 65–70.

34. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова и др.; под ред. Е.А. Стребелевой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 2004. – 164 с.

35. Свирский А.В. Нейросонография как метод эндозкологического прогноза задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением головного мозга / А.В. Свирский, О.С. Белова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Экология человека. – 2007. – № 11. – С. 35–40.

36. Семенова О.А. Возрастные преобразования познавательных функций у детей в возрасте от 5 до 7 лет: нейропсихологический анализ / О.А. Семенова, Р.И. Мачинская // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 2. – С. 20–28.

37. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения) Российское общество психиатров, 2015 / Н.В. Симашкова, Е.В. Макушкин [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <http://psychiatr.ru/news/411> (дата обращения 26.04.2018)

38. Физиология развития ребенка. Руководство по возрастной физиологии / под ред. М.М. Безруких, Д.А. Фарбер. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2010. – 768 с.

39. Фрост Л. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS) / Л. Фрост, Э. Бонди. – М.: РБОО «Центр лечебной педагогики», 2011. – 396 с.

40. Черников В.В. Разработка русской версии опросника QUALIN для изучения качества жизни детей раннего возраста / В.В. Черников // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 14–18.

41. Чистович И. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID / И. Чистович, Ж. Рейтер, Я. Шапиро. – СПб.: ИРАВ, 2000. – 64 с.

42. Шапиро Я. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI – 2000. / Я. Шапиро, И. Чистович. – СПб.: ИРАВ, 2000. – 62 с.

43. Ширяева Л.В. Качество жизни матерей, воспитывающих детей с отклонениями в психическом развитии / Л.В. Ширяева, Е.А. Бочарова // Экология человека. – 2008. – № 5. – С. 48–51.

44. Щеплягина Л.А. Факторы риска и формирование здоровья детей / Л.А. Щеплягина // Рос. педиатр. журн. – 2002. – № 2. – С. 4–6.

45. Яцык Г.В. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста / Г.В. Яцык, И.А. Беляева, Е.П. Бомбардинова и др. // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 22–25.

46. Farkas N. Does normal fetal brain ultrasound predict normal neurodevelopmental outcome in congenital cytomegalovirus infection? /N.Farkas, C.Hoffmann, L.Ben-Sira, D.Lev, A.Schweiger, D.Kidron, T.Lerman-Sagie, G.Malinger //Prenatal Diagnosis. – 2011. – 31(4). – P. 360–366.

47. Zablotsky B. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014. National Health Interview Survey / B. Zablotsky, L.I. Black, M.J. Maenner, L.A. Schieve, S.J. Blumberg //National Health Statistics Reports. – 2015. – No 87. – P. 395–398.

Учебное издание

Бочарова Елена Алексеевна
Белова Ольга Сергеевна
Соловьев Андрей Горгоньевич

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОТКЛОНЕНИЯ
В РАЗВИТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Учебное пособие

Редактор *Н.Н. Коноплева*
Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 21.11.2018.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 6,7. Уч.-изд. л. 4,7.
Тираж 100 экз. Заказ № 2051

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон (8182) 20-61-90

