

# ***Клинико-психологическое сопровождение детей с нарушениями развития***

**Шалимов В.Ф.**

доктор медицинских наук, руководитель отделения  
социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ  
«ФМИЦПН» им.В.П.Сербского  
Минздрава России

# Психическое явление

**Системное свойство** высокоорганизованной материи, заключающееся:

- в **активном отражении** субъектом объективного мира;
- в **построении** им этого мира;
- **саморегулирование** на этой основе своего поведения и деятельности.

# Базовые законы развития ребенка

- *Детское развитие нелинейно и неравномерно, **отдельные генетические различные линии развития** имеют свой темп и ритм, свои оптимальные периоды, которые не совпадают с другими линиями развития во времени.*

# Базовые законы развития ребенка

- ***Психические функции, первоначально с момента рождения возникают как форма взаимодействия с другим человеком, с другой личностью и лишь в последующем становятся внутренними, индивидуальными функциями самого ребенка.***

# Базовые законы развития ребенка

- ***Источник возрастного психического развития находится не внутри индивида, не в его природе, а во взаимодействии социальной «очеловеченной» среды и ребенка.***

# Социальная ситуация развития по Выготскому Л.С.

- «...совершенно своеобразное, специфическое для данного возраста , исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной».

# Ключевые понятия

по Л.С.Выготскому

- «социальная ситуация развития», «обучение с ориентацией на зону ближайшего развития высших психических функций», «развитие познавательных процессов через речь»

# Специфика социальной психиатрии детства

- **многообразные социальные факторы**, действуя на организм, не закончивший своего физиологического роста, **вызывают патологические последствия намного чаще, чем у взрослых;**
- в детском и подростковом возрасте патогенное значение имеют такие социальные факторы как **длительная разлука с родителями, социальное сиротство, госпитализм и другие виды депривации;**
- длительно существующие отрицательные социальные воздействия **не только нарушают социализацию личности ребенка, но могут вызывать и структурные изменения личности, способствуя формированию приобретенной личностной патологии;**
- социальные факторы в детстве играют определяющую роль в социализации личности.



- Важно не только признание значимости выделенных социально-психологических факторов как «факторов риска» в формировании нарушений развития, но и понимание закономерностей этого формирования, специфики тех патологических психических структур, которые в этом случае выступают своеобразными «мишенями» воздействия в комплексных интегративно-ориентированных способах работы с ребенком.

- При многоосевой диагностике нарушений психического развития становится крайне необходимым использование такого важного социально-клинического параметра, как качество социального и психического функционирования ребенка на момент клинической оценки.

- Клиническая психиатрическая диагностика и ее понятийный аппарат должны в определенной степени соотноситься с аппаратом психолого-педагогической оценки и диагностики.

# ***Под задержкой психического развития понимают замедление нормального темпа психического созревания по сравнению с принятыми возрастными нормами***

- Термин "задержка психического развития" был предложен Г. Е. Сухаревой еще в 1959 г.
- В 1981 г. школы для детей с задержкой психического развития утверждены в качестве нового типа специальных школ.

# **Основные клинические признаки задержки психического развития**

- запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения);
- эмоциональная незрелость;
- неравномерность развития отдельных психических функций

# Задержка психического развития

- Психолого-педагогический (дефектологический) подход - как аномальный тип развития // седьмой тип специального образовательного учреждения//
- Неврологический подход – как задержка психомоторного развития
- Психопатологический подход – как пограничное психическое расстройство ППР

Интеллект (от латинского слова *intellectus* – разумение, понимание, постижение) в психологической науке рассматривается как «относительно **устойчивая структура умственных способностей** индивида»

(Психологический словарь / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990).

# Структура умственных способностей

- когнитивные способности, различающиеся разной степенью специфичности для конкретной деятельности;
- способность к системной организации целого, с мгновенным выявлением основного проблемного противоречия исходной ситуации;
- способность к самостоятельному приобретению новых знаний;
- адаптационная способность.



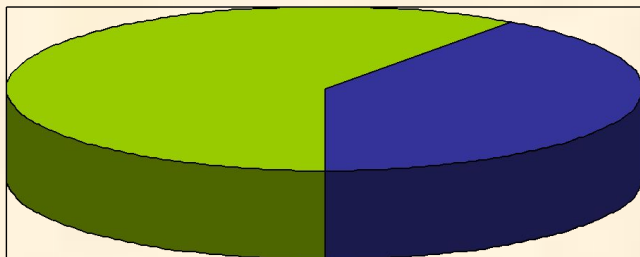
# Клиническое определение интеллекта

*В процессе мышления умственные способности реализуются через образование адекватных действительности понятий, суждений, умозаключений. Понятия, суждения, умозаключения собственно и составляют интеллект.*

В. М. Банщиков, 1966; В. В. Ковалев, 1979

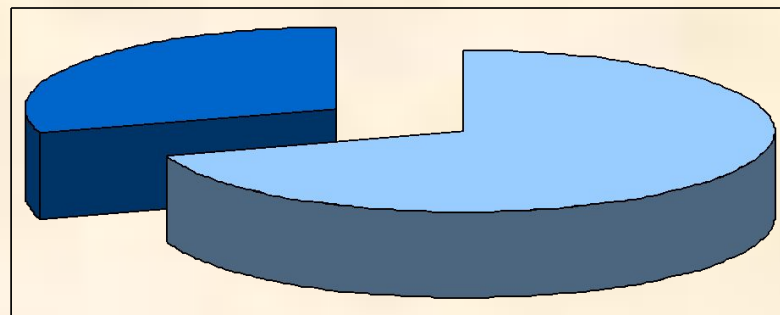
# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗПР (пограничного уровня-ППР) СРЕДИ ДЕТЕЙ СО ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Распространенность ШД среди учащихся начальных классов общеобразовательных школ.



■ 1 здоровые дети - 60% ■ 2 дети со ШД - 40%

Отклонения в психическом развитии у детей с ШД



■ дети с ППР - 70%  
■ дети с тяжелыми нарушениями - 30%

# Клинико-психопатологические особенности задержки психического развития пограничного уровня

- Преобладание психических расстройств функционально-динамического типа, включая реакции дезадаптации, астенические и аффективные расстройства;

- Сочетание расстройств функционально-динамического типа с нарушениями возрастного психического развития в виде задержанного личностного (личностная незрелость, инфантилизм) или собственно психического развития, включая легкие когнитивные расстройства;

- Органические эмоционально-лабильные астенические расстройства в сочетании с парциальными формами задержанного развития высших корковых функций и с легкими когнитивными нарушениями, **исключая** органические расстройства личности, постэнцефалопатический, постконтузионный синдромы;

# Исходы социализации детей с ЗПР

- Выздоровление
  - Успешное функционирование в образовательной среде
- Социальная дезадаптация
  - суицидальное поведение
  - противоправное поведение
- Проявление психопатологической симптоматики, свойственной другим психическим расстройствам
  - аутистического
  - органического
  - невротического
  - психопатического спектра

# **Негативные аспекты внестационарной психолого-психиатрической помощи детям с психическими расстройствами**

- Ограничение участия детского психиатра
- Преимущественное обращение родителей за помощью к специалистам образовательных учреждений
- Резкое сокращение количества специализированных образовательных учреждений.
- инклюзивное образование
- отсутствие общего понятийного аппарата

# **Концепция социально-психиатрической и коррекционно-реабилитационной помощи детям с задержкой психического развития пограничного уровня(ППР)**

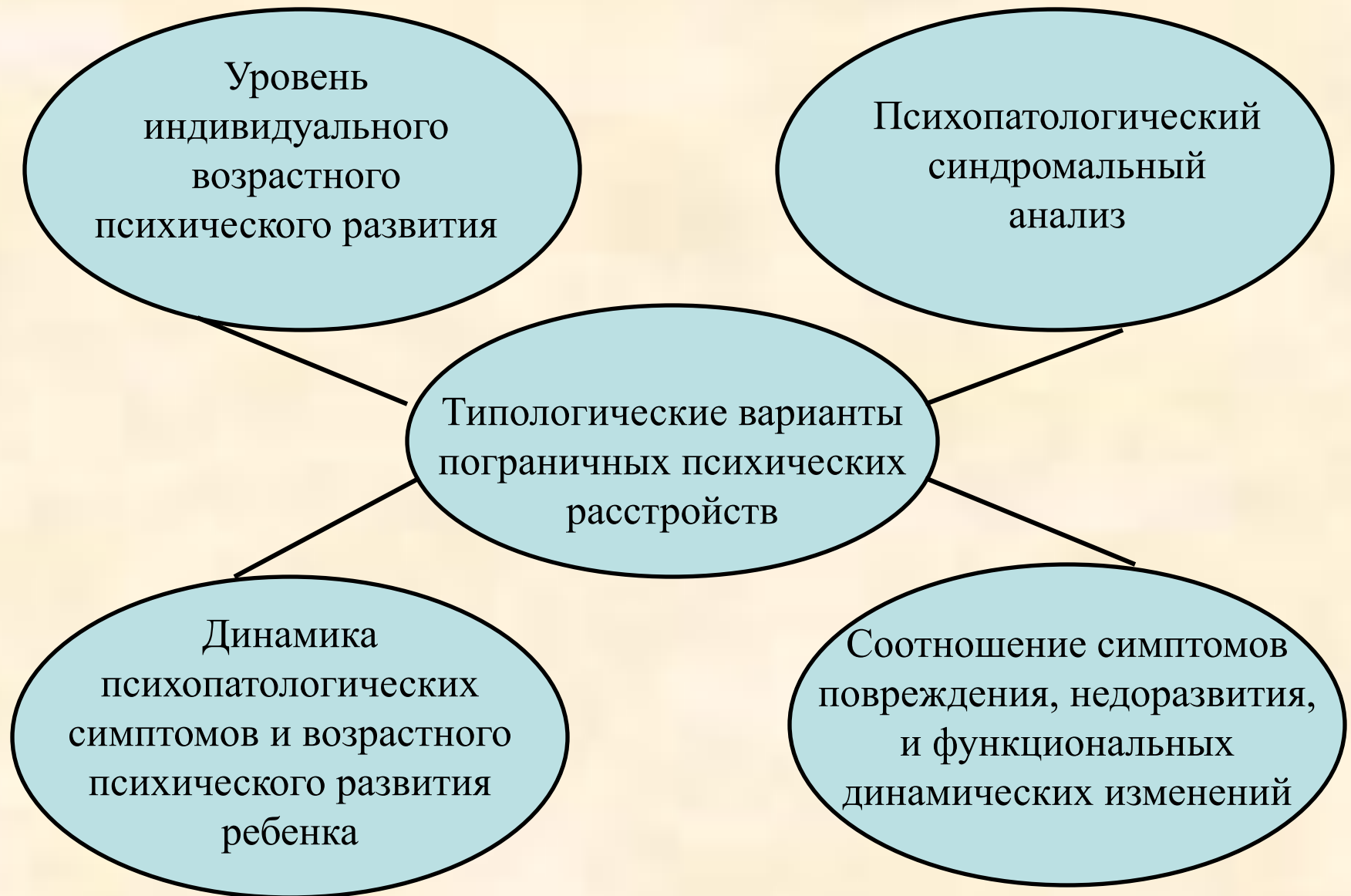
- ❑ Определение понятия пограничные психические расстройства в детском возрасте (ППР);
- ❑ Типология ППР;
- ❑ Личностно- и проблемно ориентированные программы медико-социальной помощи детям с ППР;
- ❑ Региональная модель медико-социальной помощи детям с задержкой психического развития пограничного уровня в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида.



## ***Интегративная многоосевая оценка феноменов развития и психопатологических синдромов***

- оценка уровня индивидуального психического развития ребенка в соответствии с возрастными нормативами;
- психопатологический синдромный анализ по ведущим психопатологическим расстройствам
- анализ соотношения симптомов повреждения изменения темпа психического развития, функционально-динамических сдвигов;
- прогностическая оценка характера динамики психопатологических симптомов и синдромов

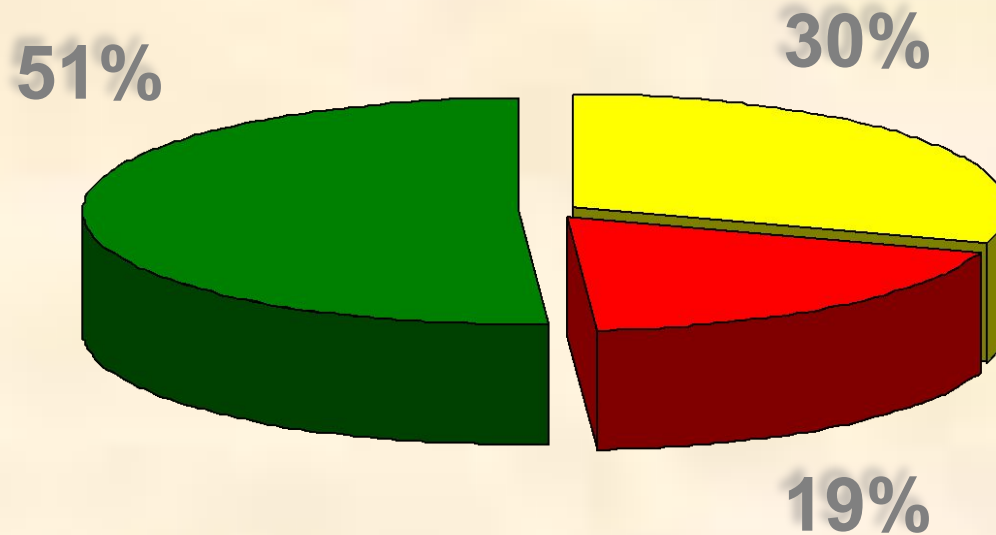
# Многоосевая диагностика пограничных психических расстройств



# Диагностика ЗПР пограничного уровня

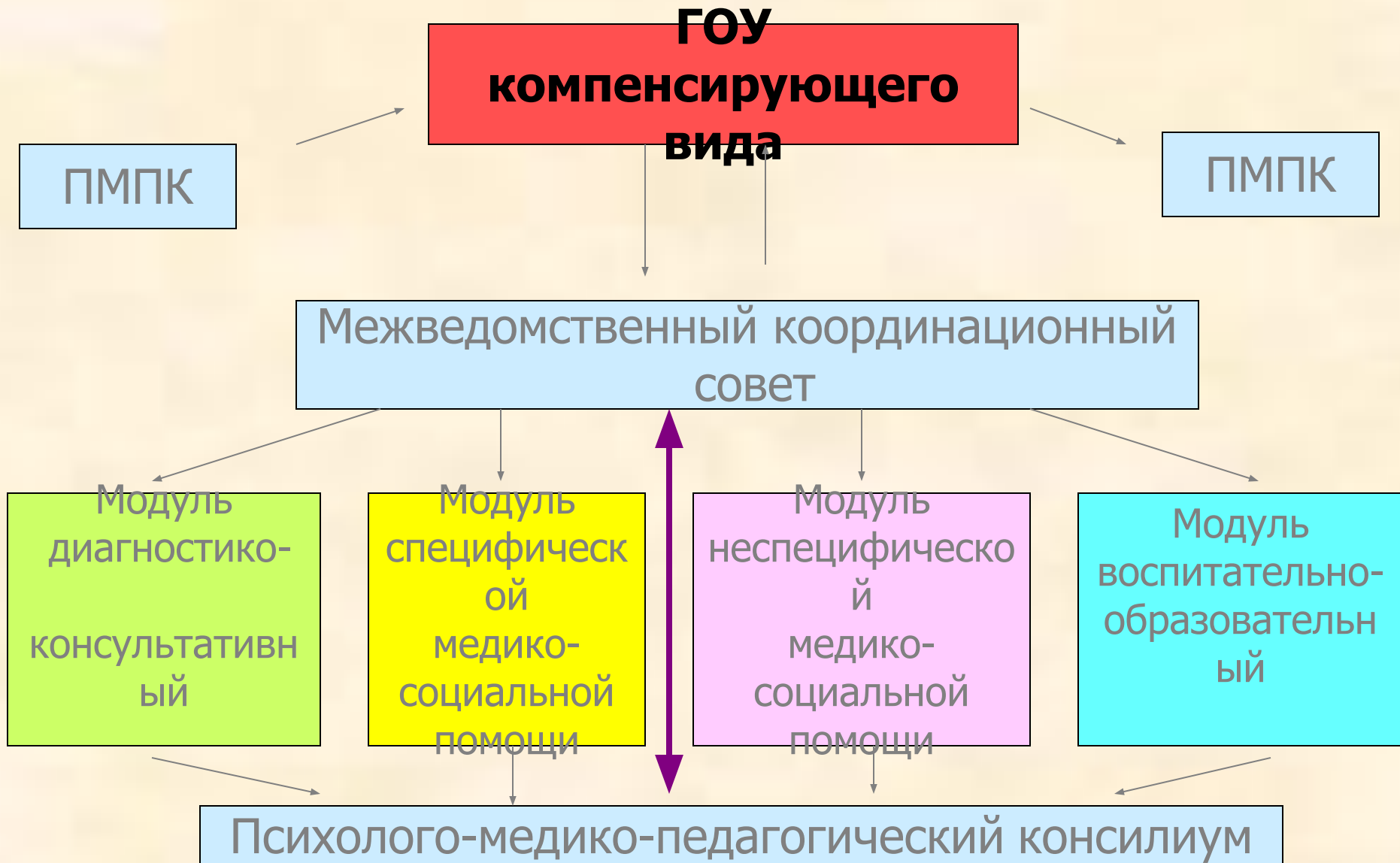
- ❑ а) специфика и выраженность психических расстройств (клинико-психопатологические критерии).
- ❑ б) характер и содержание проблем психического развития и социальной адаптации ребенка (социально-психологические критерии).
- ❑ в) особенности возрастной сформированности высших психических процессов (нейропсихологические критерии).

# Типология ЗПР пограничного уровня в детском возрасте



-  Дизонтогенетический тип
-  Церебральная альтерация
-  Депривационный тип

# Модель медико-социальной помощи детям с ППР.



- Организационно-методическое обеспечение медико-социального сопровождения детей с ППР осуществляет межведомственная координационная служба (Координационный центр), в состав которой наряду со специалистами образовательного учреждения входят врач-педиатр районной поликлиники (или образовательного учреждения) и участковый детский психиатр.

- **На первом этапе** (в течение первых трех месяцев) осуществляются междисциплинарное обследование, многоосевой анализ результатов обследования, формирование коррекционно-реабилитационных групп в соответствии с предложенной типологией ППР.

- **Второй этап** (в течение первого года) включает реализацию полипрофессиональных дифференцированных медико-социальных программ и мониторинг результатов коррекционно-реабилитационной работы, социотерапевтического воздействия и реализации образовательных программ.



- **На третьем этапе** (в течение второго и третьего года) в соответствии с результатами мониторинга осуществляется корректировка плана медико-социального сопровождения.

- **На четвертом этапе** (четвертый год) проводится оценка эффективности образовательно-воспитательной, коррекционно-реабилитационной и социотерапевтической работы; осуществляется выбор оптимальной модели социального функционирования ребенка на следующей ступени обучения в условиях нормативной образовательной среды.

# Дизонтогенетический тип



## Объекты («мишени») медико-социальной помощи:

**А)** Несформированные по возрасту психические процессы

**Б)** Личностная незрелость детей

# Медико-социальная помощь при дизонтогенетическом типе ЗПР

**Коррекционно-  
формирующее обучение**

Направлено на формирование:

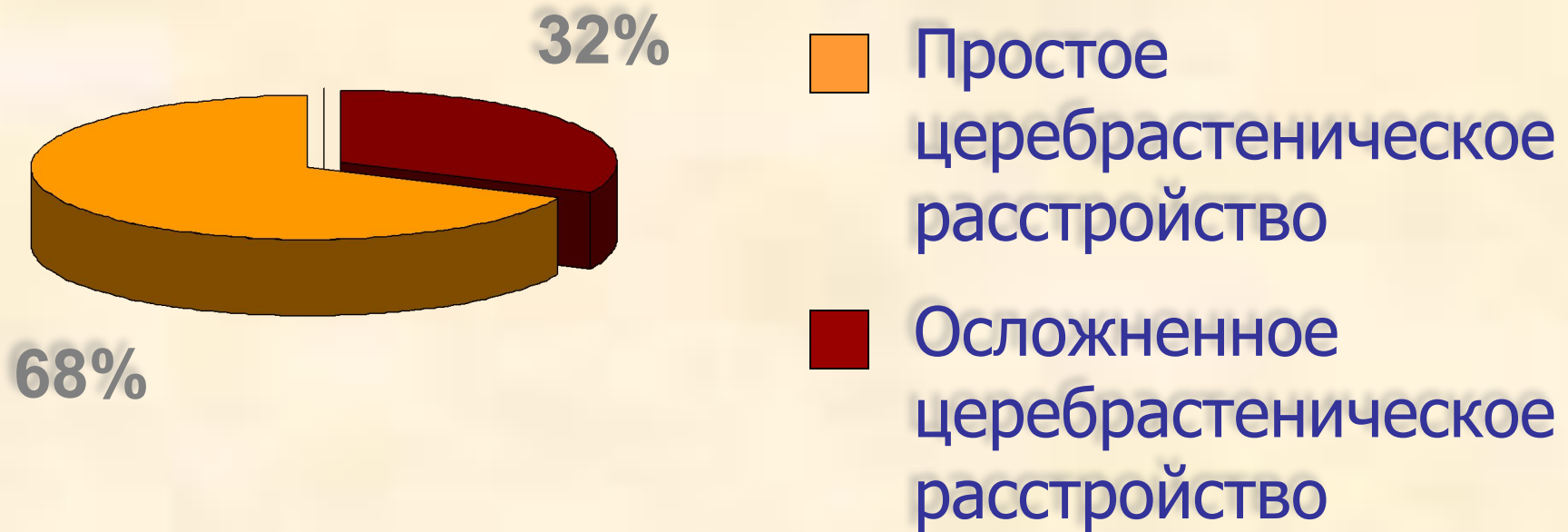
- ❑ Задержанных по возрасту психических процессов;
- ❑ Произвольной организации общего поведения;
- ❑ Коммуникативных навыков;
- ❑ Психологической готовности к школьному обучению.

# Медико-социальная помощь при дизонтогенетическом типе ЗПР

## Лечебно-профилактическое воздействие

- ❑ Общеукрепляющая терапия;
- ❑ Стимулирующая терапия с использованием витаминов группы «В» и ноотропных препаратов:
  - ✓ производные пирролидона - пирацетам, ноотропил,
  - ✓ сверхмалые дозы антител к эндогенным регуляторам - Тенотен детский
- ❑ Динамическое наблюдение детского психиатра.

# Церебральная альтерация



## Объекты («мишени») медико-социальной помощи:

- А) Поврежденные звенья в структуре психических процессов;
- Б) Нейродинамические нарушения.

# Медико-социальная помощь при церебральной алытерации

## Коррекционное обучение

- ❑ Стимуляция развития отстающих от возрастных показателей функций ;
- ❑ Размыкание аномальных связей, образовавшихся в ходе аномального развития;
- ❑ Формирование новых комплексов внутри и межсистемных взаимодействий.



# Медико-социальная помощь при церебральной алытерации

## Лечебно-профилактическое воздействие

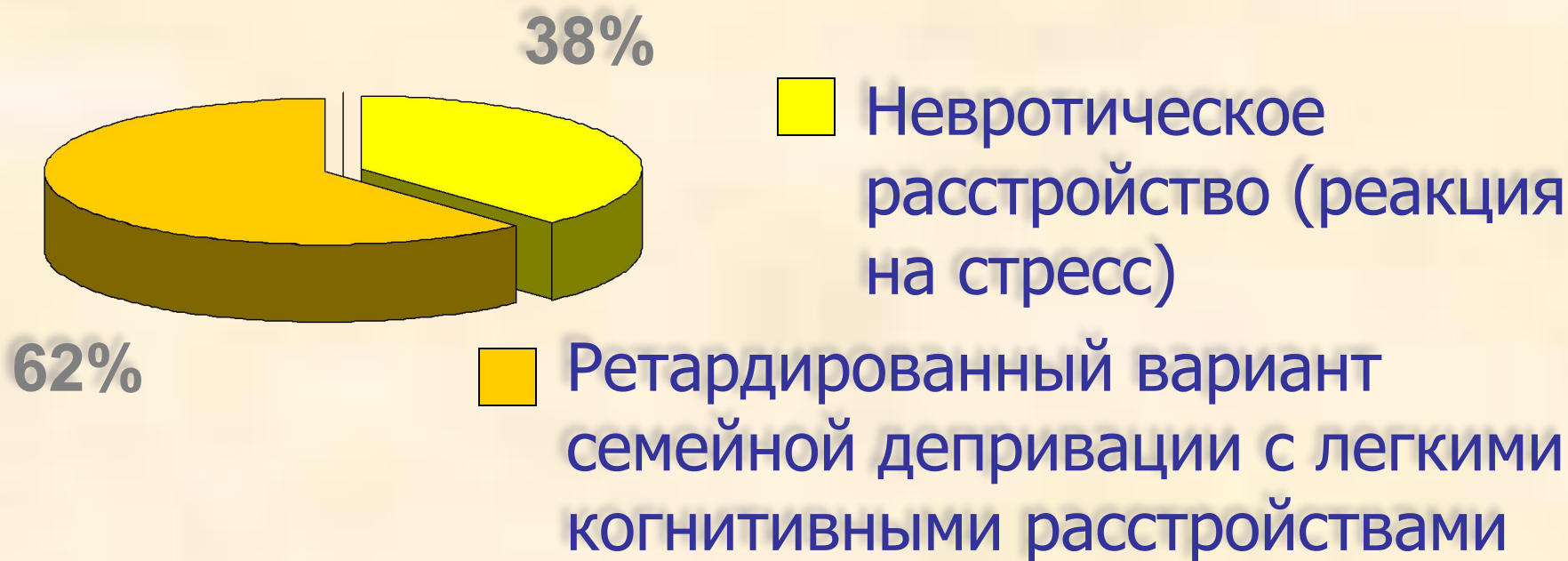
Психотерапия

Медикаментозное лечение

- ✓ производные пирролидона - пирацетам, ноотропил;
- ✓ производные ГАМК- фенибут, пантогам
- ✓ нейропептиды - церебролизин, семакс;
- ✓ производные пиридоксина – энцефабол;
- ✓ цереброваскулярные средства с ноотропными свойствами - кавинтон;
- ✓ сверхмалые дозы антител к эндогенным регуляторам - Тенотен детский.



# Депривационный тип



## Объекты («мишени») медико-социальной помощи:

- А) Аффективно-тревожные расстройства;
- Б) Дефицитарные когнитивные процессы;
- В) Нарушенные социальные навыки общения .

# Медико-социальная помощь при депривационном типе

## Лечебно-профилактическое воздействие

- ❑ Общеукрепляющая и седативная терапия
- ❑ Рефлексотерапия и психотерапия
- ❑ Медикаментозное лечение:
  - ✓ производные гамма-аминомасляной кислоты - фенибут, пантогам, пикамилон;
  - ✓ многокомпонентные лекарственные средства - инстенон, актовегин;
  - ✓ сверхмалые дозы антител к эндогенным регуляторам: Тенотен детский.

# Медико-социальная помощь при депривационном типе

## Коррекционно- формирующее обучение

- ❑ Акцент на развитие коммуникативных навыков;
- ❑ Компенсация когнитивных нарушений;
- ❑ Режимные мероприятия с опорой на седативно-релаксационные компоненты.

# Медико-социальная помощь при депривационном типе

## Лечебно-профилактическое воздействие

- ❑ Общеукрепляющая и седативная терапия
- ❑ Рефлексотерапия и психотерапия
- ❑ Медикаментозное лечение:
  - ✓ производные гамма-аминомасляной кислоты - фенибут, пантогам, пикамилон;
  - ✓ многокомпонентные лекарственные средства - инстенон, актовегин;
  - ✓ сверхмалые дозы антител к эндогенным регуляторам: Тенотен детский.

# Специфическая медикаментозная помощь детям при ППР:

- - производные гамма-аминомасляной кислоты (фенибут, пантогам, пикамилон) - при типе ППР «церебральная альтерация», задержанном ретардированном варианте депривационного типа ППР;

# Результаты реализации модели

- Количество детей с ППР, адаптированных к нормальной образовательной среде, **увеличилось с 44% до 73%**
- Количество детей, которым рекомендовано обучение в учреждениях компенсирующего вида, **снизилось с 24% до 9%**
- Количество детей, которым рекомендовано обучение в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, **снизилось с 13% до 2%**

Предлагаемая модель медико-социальной помощи детям с задержкой психического развития позволяет оптимизировать уровень психосоциального функционирования таких детей в сфере обучения.

**Её основными структурными элементами являются:**

- этиопатогенетическая типология ППР с выделением базовых механизмов психического расстройства
- модульный принцип организации дифференцированных коррекционно-реабилитационных программ
- системный принцип организации междисциплинарного и межведомственного взаимодействия специалистов различных социальных практик

# РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Создание мобильных полипрофессиональных бригад с участием педиатра, невролога, детского психиатра, клинического психолога и логопеда с целью раннего выявления детей группы риска с ОВЗ, в том числе с обратимыми пограничными психическими расстройствами.
2. Определить социальный и медицинский статус детей с ОВЗ с учетом степени нарушения (дефекта) и его обратимости (дети инвалиды, дети с задержкой психического развития) .
3. В зависимости от информационного согласия родителей, целесообразно создавать разные образовательные структуры, связанные с реализацией права лиц с ограниченными возможностями здоровья на образование любого уровня и направленности в соответствии с их способностями и возможностями. Приоритет прав ребенка с ОВЗ на выбор образовательного маршрута, включая как специальное образование, так и инклюзивное образование.
4. Совершенствовать и модернизировать работу психолого-медико-психологических комиссий с акцентом на приоритет медицинского структурного блока, в соответствии с запросом образования на квалифицированную клиническую диагностику степени нарушения (дефекта) и его обратимости.