

Медико-психолого-социальное сопровождение детей с пограничными психическими расстройствами в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида

Шалимов В.Ф.*,
заведующий кафедрой клинической психологии МГППУ

Вострокнутов Н.В.,
профессор кафедры клинической психологии МГППУ

Новикова Г.Р.,
доцент кафедры клинической психологии МГППУ

Проведен системный анализ пограничных психических расстройств (ППР) у 340 детей младшего школьного возраста. В соответствии с разработанной типологией ППР предложена модель медико-психолого-социального сопровождения детей в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида. Основными структурными элементами медико-психолого-социального сопровождения детей являются дифференцированные модули коррекционных и реабилитационных программ, соответствующие отдельным типам пограничных психических расстройств (дизонтогенетический, церебральная альтерация и депривационный).

Показано, что использование разработанной технологии коррекционной и реабилитационной работы специалистов в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида с учетом предлагаемой типологии позволит оптимизировать переход детей с ППР в обычную образовательную среду.

Ключевые слова: пограничные психические расстройства, междисциплинарный многоосевой анализ, медико-психолого-социальное сопровождение, модульный принцип социо-терапевтической помощи.

Проблемы качества здоровья детей в современном российском обществе приобретают исключительную остроту. Нарастание напряженности в социальной среде, в

семьях, в детских сообществах обусловило рост числа детей с пограничными психическими расстройствами. При этом группа психических расстройств у детей с пробле-

*drsanta@mail.ru

мами развития и поведения, исключая детей с дефектами интеллекта, речи, составляет от 15% до 40%, что сопровождается высоким уровнем школьной дезадаптации. Низкий уровень психического здоровья школьников ограничивает их возможности получения полноценного общего образования [2–5, 9, 10]. Высокий и постоянно растущий уровень психических отклонений в детском и подростковом возрасте требует, чтобы мы учитывали следующие обстоятельства:

- в о - п е р ы х, психические расстройства детского возраста включают не только психические расстройства, обусловленные нарушениями возрастного психического развития (задержанный, дисгармоничный, «поврежденный» типы), но и всевозрастающую группу психических и поведенческих расстройств, которые носят функционально-динамичный характер и обусловлены стрессовыми, психосоциальными и соматическими состояниями;

- в о - т о р ы х, психические расстройства, а также отклонения в поведении и развитии в детском возрасте, связанные с ними нарушения социального функционирования, коммуникативности и уровня средней адаптации, их динамика и прогноз чрезвычайно многофакторны, взаимно влияют друг на друга и должны учитываться во всем указанном многообразии при формировании тактики диагностики, коррекции и реабилитации;

- в - т р е т ь и х, имеющий место полиморфизм психических и поведенческих расстройств в детском возрасте, несомненно, требует внедрения многоосевой диагностики. Это требование реализуется сегодня через адаптацию МКБ-10 (1992), однако введение в клиническую практику детской и подростковой психиатрии многомерного подхода для описания и классификации диагностических категорий находится в противоречии с «атеоретичностью» МКБ-10 (М. Раттер, 2003), так как она носит сугубо статистический и прагматический характер, и «взрослостью», так как данные в ней диагностические категории фактически представлены через изложение признаков, типичных для «взрослых»

симптомокомплексов, игнорируя плодотворную концепцию «возрастной предпочтительности синдромов», разработанную в отечественной детской психиатрии [6–8].

Следовательно, в ответ на растущий уровень психических расстройств функционально-динамического характера в детском возрасте крайне необходимой становится разработка оригинальных психиатрических классификаций, значимых для детского возраста и имеющих свое значение в практической деятельности и в научных исследованиях. Апробация новых классификационных подходов позволяет под новым углом строить отечественные клинико-психопатологические и коррекционно-реабилитационные исследования и программы в детской психиатрии и детской коррекционной педагогике.

Данное направление соответствует сформированной в Министерстве здравоохранения и социального развития России концепции охраны здоровья детей РФ, в которой определена современная стратегия национальной политики в интересах детей на период до 2010 года. Основными целями здесь является сохранение и улучшение их здоровья, повышение уровня оптимальной социальной интеграции детей, включая уровень социальной помощи и дифференциации образования.

В рамках концепции дифференцированного образования детей с проблемами обучения и развития выявился существенный разрыв между констатируемым накоплением психических расстройств пограничного характера, включая отклонения поведения и возрастного психического развития, и разработкой методологических основ коррекционно-развивающего обучения. Существующая концепция специального образовательного и психолого-коррекционного подхода к детям со стойкими дефектами и психическими недостатками развития неадекватна по отношению к детям с пограничным уровнем психических расстройств функционально-динамического характера.

В настоящее время практически отсутствует дифференциация образовательного и психолого-коррекционного подхода к

детям с пограничными психическими расстройствами (ППР). Специфичность этого подхода должна определяться, в первую очередь, организацией психотерапевтической среды в образовательном учреждении, насыщении дифференцированных образовательных программ с психотерапевтическими и психокоррекционными компонентами, апробацией и использованием специфических психотерапевтических подходов к детям с ППР, позволяющих оптимизировать у них уровень обучения. Существенным аспектом нового подхода с использованием инновационных психотерапевтических и инновационных технологий является включение в него подготовки специалистов образовательной среды (педагог-психолог, педагог-логопед, педагог-дефектолог, школьный психолог и специалист нового профиля – психолог-реабилитолог в образовательной среде).

Клинико-психопатологические особенности пограничных психических расстройств в детском возрасте характеризуются рядом признаков, отражающих возрастную психопатологическую предпочтительность симптомообразования, а именно:

- отсутствие психических расстройств психотического уровня;
- преобладание психических расстройств функционально-динамического типа, включая реакции дезадаптации, астенические и аффективные расстройства;
- сочетание расстройств функционально-динамического типа с расстройствами, связанными 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 легкими когнитивными нарушениями, включая органические расстройства личности, постэнцефалопатический, постконтузионный синдромы;
- отсутствие в силу личностной незрелости ребенка устойчивых форм критиче-

ского отношения к особенностям своего состояния и поведения.

Типологическая оценка ППР предполагает выделение нозологически-синдромальных и психосоциальных аспектов динамики и учет особенностей их взаимоотношения с дизонтогенетическим созреванием психических процессов и социализацией детей. Наиболее неоднозначно решение этих вопросов при сочетании психических расстройств пограничного уровня с нарушениями возрастного психологического развития. Нередко дизонтогенетические формы психического развития, сопровождающиеся снижением интеллекта в сочетании с расстройствами речи, школьных навыков и нарушениями поведения, рассматриваются в рамках выраженных форм «Органических психических расстройств» или «Умственной отсталости».

Решение проблемы классификации ППР определяет выбор типа дифференцированного обучения для детей с пограничными психическими расстройствами и характер организационно-методического взаимодействия специалистов различного профиля при оказании им социальной, коррекционной и терапевтической помощи. Неадекватная тактика подхода к детям этой группы затрудняет клинико-диагностическую оценку психических расстройств, снижает эффективность лечебной помощи и социальной работы, прежде всего для учащихся общеобразовательных учреждений.

Настоящее исследование проводилось в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского на базе государственного образовательного учреждения компенсирующего вида «Начальная школа–детский сад» для детей с «задержкой психического развития» (ЗПР) и «общим недоразвитием речи» (ОНР) Юго-Восточного окружного управления образования города Москвы. На протяжении пяти лет (2000–2005) под клинико-динамическим наблюдением находилось 340 детей в возрасте 6–11 лет. Возрастной и половой состав обследованных детей был следующим:

- 6–7 лет – 206 детей (134 мальчика и 72 девочки);

• 8–9 лет – 85 детей (50 мальчиков и 35 девочек);

• 10–11 лет – 49 детей (28 мальчиков и 21 девочка).

Применялся комплекс основных методов – клинико-психопатологический, нейропсихологический и нейрофизиологический. Он дополнялся результатами неврологического, соматического, патопсихологического, возрастнo-психологического, логопедического, дефектологического обследований. Прицельно изучались специфика индивидуальной социализации и межличностного взаимодействия детей со сверстниками и взрослыми, особенности интеллектуально-когнитивного, волевого, аффективного компонентов. Для проведения нейропсихологической диагностики использовалась схема нейропсихологического исследования, разработанная А.Р. Лурией и его сотрудниками. Инструкция и процедура предъявления заданий были адаптированы к изучаемому контингенту. С учетом требований качественно-количественной оценки состояния высших корковых функций разработаны номенклатура дифференциально-диагностических нейропсихологических признаков психических расстройств пограничного уровня и шкала балльных оценок. Нейропсихологическое обследование позволяло квалифицировать симптомы незрелости и повреждения мозговых структур, оценить функционально-динамический характер нарушений, проследить связь между состоянием высших корковых функций и сформированностью произвольной организации психической деятельности. Нейрофизиологическое обследование осуществлялось с помощью ЭЭГ-исследования. Регистрация биоэлектрической активности головного мозга проводилась по стандартной методике с помощью электроэнцефалографа «Энцефалан 131-01» (Таганрог, Россия). Статистическая обработка полученных данных проводилась методами параметрической и непараметрической статистики.

При опоре на клинико-психопатологический и клинико-статистический анализ ведущих психопатологических симпто-

мокомплексов, патобиологических и психосоциальных факторов развития пограничных психических расстройств были выделены типы ППР у детей младшего школьного возраста, посещающих образовательное учреждение компенсирующего вида:

• *дизонтогенетический*, обусловленный задержанным темпом возрастного развития (173 чел., 51%);

• *тип церебральной альтерации*, обусловленный ранним органическим поражением головного мозга (65 чел., 19%);

• *депривационный*, связанный с семейным, школьным и социальным стрессом (102 чел., 30%).

Установлены следующие отличия:

• между первым и вторым типами – $F=74$, $p<0,01$, $\eta^2=8,91$, $p<0,01$;

• между первым и третьим типами – $F=29,91$, $p<0,01$, $\eta^2=5,6$, $p<0,05$;

• между вторым и третьим типами – $F=10,29$, $p<0,01$.

Подавляющее большинство обследуемых детей были включены в группу с пограничными психическими расстройствами дизонтогенетического типа, с преимущественным представительством мальчиков ($F=59,93$, $p<0,01$; $\eta^2=8,1$, $p<0,01$).

Для системного анализа пограничных психических расстройств у детей младшего школьного возраста был предложен многоосевой принцип диагностики, включающий:

• оценку уровня возрастного психического развития ребенка;

• психопатологический синдромный анализ по ведущим психопатологическим расстройствам;

• оценку динамики психопатологических симптомов и возрастного психического развития ребенка;

• анализ соотношения симптомов повреждения (нарушения структуры психического процесса), недоразвития (снижение возрастного уровня протекания психического процесса) и функционально-динамических сдвигов.

С учетом социальной ситуации развития ребенка, ведущего психического расстройства, признаков нарушений возрастного психического развития и сформиро-

ванности/несформированности высших корковых функций был проведен клинико-статистический анализ данных комплексного психопатологического, нейропсихологического и нейрофизиологического исследований, который позволил выделить в структуре каждого типа ППР варианты психопатологических синдромов (подтипов):

- при дизонтогенетическом типе нарушений:

- парциальный инфантилизм в виде эмоционально-волевой и личностной незрелости (12%);

- парциальная несформированность высших корковых функций (60%);

- пограничная интеллектуальная недостаточность (28%);

- при ППР по типу церебральной альтерации – неосложненное и осложненное церебрастеническое расстройство (68% и 32%, соответственно);

- при депривационном типе нарушений: острая или пролонгированная реакция на стресс (38%) и ретардированный вариант семейной депривации с легкими когнитивными нарушениями (62%).

С учетом проведенного системного анализа пограничных психических расстройств разработаны следующие требования к модели медико-социальной помощи детям младшего школьного возраста в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида.

1. Первичная квалификация психического расстройства пограничного уровня в соответствии с разработанной типологией, осуществляемая детским психиатром.

2. Включение врача-психиатра в консультативно-диагностический и коррекционно-реабилитационный процесс в течение периода пребывания детей в образовательном учреждении.

3. Психопатологический анализ структуры ППР с привлечением результатов нейропсихологического и нейрофизиологического исследований, ориентированный на выделение дифференцированных вариантов (подтипов) ППР.

4. Модульный принцип дифференцированных социо-терапевтических программ с

учетом выделенных типов ППР. Модули соответствуют ведущему типу ППР, определяют вектор медико-социальной помощи:

1) формирующий – для дизонтогенетического типа ППР;

2) коррекционный – для ППР по типу церебральной альтерации;

3) психотерапевтический – для депривационного типа ППР.

В каждом модуле выделяются специфические объекты («мишени») коррекционно-реабилитационной работы и социотерапевтического воздействия; определяется план системного междисциплинарного взаимодействия психиатра и специалистов образовательного учреждения.

5. Ориентация модели на оптимальную интеграцию детей в нормативную образовательную среду.

Организационно-методическое обеспечение медико-социального сопровождения детей с ППР осуществляет межведомственная координационная служба (Координационный совет), в состав которой наряду со специалистами образовательного учреждения входят врач-педиатр районной поликлиники (или образовательного учреждения) и участковый детский психиатр. Непосредственное включение профессиональной деятельности участкового детского психиатра в диагностическую, лечебно-профилактическую и коррекционно-реабилитационную работу образовательного учреждения компенсирующего вида создает возможность:

- раннего выявления дифференцированных типов ППР;

- осуществления лечебно-профилактических мероприятий с учетом динамического наблюдения за детьми в образовательном процессе;

- координированного взаимодействия медицинских мероприятий с различными видами коррекционно-реабилитационных занятий, осуществляемых специалистами образовательного учреждения.

Под руководством межведомственного Координационного совета медико-социальное сопровождение детей с ППР реализуется с помощью модулей – диагностико-консультативного, воспитательно-образо-

вательного, неспецифической медико-социальной помощи и специфической медико-социальной помощи.

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;
- мониторинг результатов коррекционно-реабилитационной работы, социо-терапевтического воздействия и реализации образовательных программ.

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

На четвертом этапе (четвертый год) проводится оценка эффективности образовательно-воспитательной, коррекционно-реабилитационной и социо-терапевтической работы, осуществляется выбор оптимальной модели социального функционирования ребенка на следующей ступени обучения.

Модуль неспецифической медико-социальной помощи ориентирован на все типы ППР и включает:

- лечебно-профилактические мероприятия;
- социо-терапевтическое воздействие;
- социо-реабилитационное воздействие в виде социализирующего влияния семьи и специалистов;
- методическое обеспечение педагогического состава и родителей.

В зависимости от типа ППР разработаны модули специфической медико-социальной помощи. Объектом («мишенями») целенаправленного воздействия при дизонтогенетическом типе ППР являются несформированные по возрасту психические процессы и лич-

ностная незрелость детей. Комплекс специальных мероприятий направлен на формирование задержанных по возрасту психических процессов, произвольной организации общего поведения и коммуникативных навыков, готовности ребенка к школьному обучению.

Обязательными компонентами такого воздействия являются:

- развитие интеллектуальных возможностей ребенка с опорой на знаково-символическую функцию, овладение операциями наглядно-образного мышления с опорой на схемы и условные обозначения, формирование пространственных и квазипространственных функций;
- формирование мотивов, ориентированных на обобщенные социально-заданные нормы (учебные, социальные, нравственные);
- развитие устойчивых эмоциональных представлений («обобщение переживаний»), в частности, обобщенного положительного отношения к задачам учебного типа.

Стратегией формирующих программ является создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка и состоит в «выращивании слабого звена» в процессе специально организованного социального взаимодействия ребенка со взрослым [1]. В образовательном процессе используются приемы произвольного программированного обучения; помогающие специалисты формируют у ребенка «позицию школьника» и поведение, направленное на реально достижимую цель успешного обучения.

Лечебно-профилактические мероприятия включают динамическое наблюдение детского психиатра, общеукрепляющую и стимулирующую терапию с использованием витаминов группы «В» и ноотропных препаратов.

Объектом («мишенями») целенаправленного воздействия при ППР по типу церебральной альтерации являются поврежденные звенья в структуре психических процессов и нейродинамические нарушения. Комплекс корректирующих приемов направлен на:

- стимуляцию развития отстающих от возрастных показателей функций («прямые» методы);

• размыкание образовавшихся в ходе искаженного развития аномальных связей, базирующихся на стихийно сложившихся компенсаторных механизмах;

• формирование новых комплексов внутри- и межсистемных взаимодействий с использованием методов замещающей афферентации из фонда нарушенной функциональной системы и создания новых функциональных систем («обходные» пути).

«Прямые» методы строятся по законам дидактики и используются в педагогике и общей психологии. «Обходные» приемы включают в работу новые звенья, не принимавшие прежде прямого участия в реализации нарушенной функции. Разработка плана коррекционной помощи опирается на нейропсихологический анализ состояния высших корковых функций.

Лечебно-терапевтическая помощь осуществляется в виде сочетания комплекса оздоровительных мероприятий, психотерапевтического лечения, общеукрепляющей терапии и средств специального терапевтического воздействия (дегидратационная терапия, терапия ноотропами, препаратами неспецифического седативного действия – фенибут, глицин, когитум). Конкретные фармакологические препараты применялись с учетом механизма действия, принципа дифференцированного назначения в зависимости от степени выраженности дефекта и его локализации, возрастной нервно-психической реактивности, «информированного согласия родителей».

Динамическое наблюдение детского психиатра, дифференцированное медикаментозное и психотерапевтическое лечение являлось одним из обязательных компонентов медико-социальной помощи детям с данным типом ППР. Для эффективного проведения коррекционного обучения, психотерапевтической и медикаментозной коррекции целесообразно временное (от 3 до 6 месяцев) изменение учебной нагрузки и согласование графика образовательного процесса с детским психиатром, который в зависимости от состояния ребенка вносит изменения в коррекционную-реабилитационную программу.

Объектом («мишенями») целенаправленного воздействия при депривационном типе ППР являются аффективно-тревожные расстройства, дефицитарные когнитивные процессы, нарушенные социальные навыки общения. Комплекс специфических мероприятий включает формирующее обучение с акцентом на развитие общей организации поведения и коммуникативных навыков; коррекционное обучение, направленное на компенсацию имеющихся когнитивных нарушений; адаптацию режима учебных занятий и структуры образовательных программ к особенностям психического состояния детей с опорой на компоненты лечебной педагогики с седативно-релаксационным содержанием.

Лечебно-терапевтическое воздействие осуществлялось в виде сочетания комплекса оздоровительных мероприятий, общеукрепляющей и седативной терапии, средств специального терапевтического воздействия с использованием методов рефлексопрофилактики и психотерапии, включая аутогенную тренировку, тренинги общения, формирования социальных и школьных навыков. С учетом возрастной реакции организма ребенка на стрессорное влияние и «информированного согласия родителей» дополнительно применялись многокомпонентные лекарственные средства (инстенон, актовегин). Динамическое наблюдение детского психиатра являлось обязательным компонентом медико-социальной помощи детям с данным типом ППР.

Эффективность медико-социальной помощи детям с пограничными психическими расстройствами оценивалась по следующим критериям:

1) положительная динамика дизонтогенетических симптомокомплексов (формирование/восстановление высших психических функций в соответствии с возрастными нормативами, формирование произвольных форм регуляции) и сглаживание психопатологической симптоматики (уменьшение выраженности невротических расстройств, церебральных проявлений, личностной и психической незрелости);

2) повышение уровня адаптивного функционирования (улучшение познавательной

деятельности и коммуникации в социально значимых для ребенка сферах жизнедеятельности – в школе и семье);

3) гармонизация эмоционально-волевой сферы.

Использовалась четырехбалльная шкала количественной оценки: 0 баллов – отсутствие динамики; 1 балл – незначительная положительная динамика; 2 балла – выраженное улучшение; 3 балла – полная редукция симптома.

При эмоционально-волевой и личностной незрелости, парциальной несформированности высших корковых функций прослеживалась положительная динамика эффективности социо-терапевтического и коррекционно-реабилитационного воздействия, достигая в ряде случаев полной редукции симптомокомплекса. Медико-социальная помощь для указанных подтипов достоверно эффективна на всем протяжении динамического наблюдения ($p < 0,0001$).

При пограничной интеллектуальной недостаточности проводимые мероприятия оказались эффективны на первых этапах пребывания детей в условиях апробируемой модели (в интервалах 2003–2004 гг. и 2004–2005 гг., $p < 0,0001$), но отличались от результатов работы с детьми первых двух подтипов (2004–2006 гг., на каждом из временных отрезков, $p < 0,001$). В целом у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью отмечается слабая положительная динамика эффективности оказываемой помощи. Для них требуются более длительные сроки коррекционно-реабилитационного воздействия.

При простом церебрастеническом расстройстве прослеживалась положительная динамика эффективности медико-социальной помощи, достигая в ряде случаев выраженных улучшений (проводимые мероприятия достоверно эффективны на всем протяжении динамического наблюдения, $p < 0,0001$). В то же время слабая положительная динамика отмечалась в группе детей с осложненным церебрастеническим расстройством. Лишь по окончании социо-терапевтических и коррекционно-реабилитационных воздействий выявлялась эф-

фективность проведенных работ, т. е. по сравнению с 2003 г. ($p < 0,0001$). Для детей с осложненным церебрастеническим расстройством требуется более продолжительная лечебно-терапевтическая помощь детского психиатра и внесение изменений в коррекционно-реабилитационную программу, обеспечивающую оптимальную форму адаптивного функционирования ребенка.

При невротических расстройствах в структуре ППР депривационного типа прослеживается положительная динамика эффективности медико-социальной помощи, достигая в ряде случаев полной редукции симптомокомплекса. Достоверность эффективности проводимых мероприятий наблюдалась на всем протяжении динамического наблюдения ($p < 0,0001$). Эффективность проводимой терапии в группе лиц с ретардированным вариантом семейной депривации также была значимой на каждом из интервалов времени ($p < 0,0001$), но ниже по сравнению с группой детей с невротическим расстройством (2004–2006 гг., $p < 0,0001$).

В результате внедрения разработанной модели медико-социальной помощи детям с пограничными психическими расстройствами, находящимися в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида, число детей, адаптированных к нормативной образовательной среде с полной редукцией расстройств и восстановлением оптимального варианта психосоциального функционирования в школе, увеличилось с 44% до 73% ($p < 0,01$). Уменьшилась доля детей, которым рекомендовано обучение в учреждениях компенсирующего вида ($p < 0,01$) и в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях ($p < 0,01$). У детей, продолжающих обучение в образовательных учреждениях компенсирующего вида, отмечалось выраженное улучшение с позитивной динамикой функционально-динамических расстройств.

Выводы

1. Пограничные психические расстройства (ППР) у детей младшего школьного возраста характеризуются возрастной специфичностью и полисиндромальностью.

Последняя определяется включением в их структуру следующих нарушений:

- клинически выраженные функционально-динамические психические расстройства;
- клинико-психологические признаки нарушений темпа психического развития;
- клинические и нейропсихологические признаки нарушений формирования высших корковых функций.

2. Для оптимизации коррекционно-реабилитационного процесса, ориентированного на возвращение ребенка с пограничными психическими расстройствами в нормативную образовательную среду, разработана и апробирована типология пограничных психических расстройств у детей младшего школьного возраста, включающая следующие типы ППР: дизонтогенетический, церебральной альтерации и депривационный.

3. Клинико-статистический анализ данных комплексного психопатологического, нейропсихологического и нейрофизиологического исследования с учетом социальной ситуации развития ребенка, ведущего психического расстройства, клинико-пси-

хологических признаков нарушений возрастного развития и сформированности / несформированности высших корковых функций показывает качественную специфичность каждого типа ППР.

4. Разработанная модель медико-социальной помощи детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами в образовательных учреждениях компенсирующего вида является наиболее адекватной формой психолого-медико-педагогического сопровождения. Ее 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. Предлагаемая модель характеризуется включением комплексной помощи, в том числе специализированной, в образовательную среду компенсирующего вида, что позволяет оптимизировать уровень психосоциального функционирования ребенка в сфере обучения.

Литература

1. Ахутин Т.В. Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. М., 1998.
2. Белявский Б.В. Проблемы специального образования детей с ограниченными возможностями в Российской Федерации // Медицинская техника. 2000. № 3.
3. Волошин В.М. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // В.М. Волошин, Б.А. Казаковцев, Ю.С. Шевченко, А.А. Северный // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Вып. 2. Т. 12.
4. Гурович И.Я. Актуальные проблемы детской психиатрической службы в России // И.Я. Гурович, В.М. Волошин, В.Б. Голланд // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Вып. 2. Т. 12.
5. Дмитриева Т.Б. Охрана психического здоровья здоровых как стратегическая задача отечественной психиатрии // Т. Б. Дмитриева // Медицина в Кузбассе // Проблемы медицины и психиатрии. 2003. № 3.
6. Ковалев В.В. Детская психиатрия. М., 1995.
7. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.; СПб., 2003.
8. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978.
9. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М. Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. Вып. 9.
10. Шмакова О.П. Школьная несостоятельность детей и подростков, страдающих психическими расстройствами (распространенность, проявления, динамика) // Психиатрия. 2003. № 5.

Medical, Psychological and Social Support to Children with Borderline Personality Disorders in Compensatory Educational Institutions

V.F. Shalimov,

Head of the Department of Clinical Psychology at the MSUPE

N.V. Vostroknutov,

Professor at the Department of Clinical Psychology at the MSUPE

G.R. Novikova,

Associate professor at the Department of Clinical Psychology at the MSUPE

The authors have systematically analysed borderline personality disorders (BPD) in 340 early school-age children. In accordance with the BPD typology they propose a model of medical, psychological and social support to children in compensatory educational institutions. The main structural elements of such support are differentiated modules of correctional and rehabilitation programmes corresponding to different types of BPD (dysontogenesis, deprivation and cerebral alteration). The authors show that using this typology in rehabilitation and correction in compensatory educational institutions would provide a more comfortable and easy transition to common educational environment for children with BPD.

Keywords: borderline personality disorders; interdisciplinary multidimensional analysis; medical, psychological and social support; modular principle of sociotherapeutic support.

References

1. *Ahutina T. V.* Problemy special'noi psilogii i psihodiagnostika otklonayushegosya razvitiya. M., 1998.
2. *Belyavskii B. V.* Problemy special'nogo obrazovaniya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami v Rossiiskoi Federacii // Medicinskaya tehnika. 2000. № 3.
3. *Voloshin V. M.* Sostoyanie i perspektivy razvitiya detskoj psihiatricheskoj sluzhby v Rossii / V. M. Voloshin, B. A. Kazakovcev, Yu.S. Shevchenko, A.A. Severnyi // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2002. V. 2. T. 12.
4. *Gurovich I. Ya.* Aktual'nye problemy detskoj psihiatricheskoj sluzhby v Rossii / I. Ya. Gurovich, V. M. Voloshin, V. B. Golland // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2002. V. 2. T. 12.
5. *Dmitrieva T. B.* Ohrana psihicheskogo zdorov'ya zdorovyh kak strategicheskaya zadacha otechestvennoj psihiatrii / T. B. Dmitrieva // Medicina v Kuzbasse // Problemy mediciny i psihiatrii. 2003. № 3.
6. *Kovalev V. V.* Detskaya psihiatriya. M., 1995.
7. *Mnogoosovaya klassifikaciya psihicheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vozraste. Klassifikaciya psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detei i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10.* M.; SPb., 2003.
8. *Ushakov G. K.* Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva. M., 1978.
9. *Shevchenko Yu. S., Severnyi A. A., Iovchuk N. M.* Problemy ohrany psihicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov // Zhurn. nevrologii i psihiatrii. 1998. V 9.
10. *Shmakova O. P.* Shkol'naya nesostoyatel'nost' detei i podrostkov, stradayushih psihicheskimi rasstrojstvami (rasprostranennost', proyavleniya, dinamika) // Psihiatriya. 2003. № 5.