

Оказание помощи людям с умственной отсталостью: проблемы и перспективы развития (обзор отечественных и зарубежных исследований)

О.В. Михейкина

ГБУЗ «Брянская областная детская психиатрическая больница»

Резюме. Автором проведен обзор исследований по оказанию помощи умственно отсталым людям. В статье обсуждаются проблемы и перспективы развития медицинской и социальной реабилитации людей с умственной отсталостью. Отмечено, что система помощи таким пациентам претерпела значительные изменения как в нашей стране, так и за рубежом. Вопросы эффективности ее оказания не теряют актуальности и в настоящее время.

Ключевые слова: умственная отсталость, психиатрическая помощь умственно отсталым людям, психиатрическая служба, реабилитация.

Service for People with Mental Retardation: problems and development prospects (a review of investigations in our and foreign countries)

O.V. Mikheykina

Bryansk Regional Psychiatric Hospital

Summary. The author review investigations of health service for people with mental retardation. The article discusses problems and development prospects of medical and social rehabilitation for mentally retarded people. According to research results, service for these patients has changed a lot in our and other countries. Its effectivity problem is still actually nowadays.

Key words: mental retardation, mental health care for people with mental retardation, psychiatric health service, rehabilitation service.

На протяжении последних 30 лет во всем мире высказывается необходимость расширения медицинской, социальной, педагогической помощи умственно отсталым людям. Доминирующим направлением в ее оказании является «нормализация», то есть наибольшее приближение жизненной модели к нормальной [5; 7; 12].

В период с 1960 по 1970 год основой в реабилитации умственно отсталых пациентов был поведенческий анализ — по сути, обучение самообслуживанию. Постепенно его место заняла когнитивно-бихевиоральная терапия, включающая специальное обучение, чему способствовало бурное развитие в 70-е годы психофармакотерапии [46]. 70–80-е годы XX века охарактеризовались активным развитием социореабилитационного направления в психиатрии, связанного с процессами деинституционализации, т. е. закрытием психиатрических больниц. Так, в США число людей, находящихся в специализированных учреждениях в период с 1967 по 1976 год снизилось на 23 %, с 1976 по 1996 год — на 46 % [38]. Закрытие специальных учреждений повлекло за собой множество положительных моментов для пациентов и их опекунов. Однако, деинституционализация, проведенная без тщательного планирования, приводила к недостаточному включению пациента в жизнь общества, к одиночеству и усилению психических и поведенческих

проблем [32; 53]. В отдельных странах процесс сокращения стационарных коек опережал создание внебольничных учреждений, и многие больные вообще не получали необходимой помощи [47]. Высказывались мнения, что ориентация на нормализацию человека ведет к неклинической направленности, приводит к разрозненности целей реабилитации, недостаточному учету или недооценке социальных и специфических потребностей умственно отсталых людей. В отличие от этого клиническое вмешательство, широко признанное в других областях психиатрии, повышает способности человека в социальной адаптации [56]. При этом «нормализация» не исключает психиатрической диагностики и необходимости индивидуального обучения [6]. Развитие широкого спектра помощи: временного ухода, дневного пребывания, трудоустройства, специального образования — все это стало важным для людей с умственной отсталостью [38]. Во многих странах в психиатрии был проведен целый ряд реформ, заключающихся в организации психиатрических отделений в составе больниц общего типа, создании широкой сети различных внебольничных форм помощи — консультативных клиник и центров, амбулаторных отделений, полустационаров, кризисной службы. Большое значение стало уделяться социореабилитационному направлению. Общество создавало различные модели оказания помощи, в основном на базе

той структуры здравоохранения, которая уже существовала в стране [12; 57].

Родоначальниками общественной или социальной психиатрии стала Англия, позже к ней присоединились США и Канада. В настоящее время подобная модель организации психиатрической помощи внедрена в большинстве европейских стран, Японии. В общественной психиатрии основная роль отводится не медицинским учреждениям, а социальным службам [12; 15]. Мультидисциплинарные команды, в которые входят психиатры, социальные работники, психологи, психотерапевты, трудотерапевты, социальные педагоги, созданы в США и многих европейских странах [12]. Одной из наиболее распространенных моделей общественной психиатрии является «менеджмент случая» (case management), которая характерна для США и Канады. Другая модель — «менеджмент помощи» (care management) применяется на большей территории Англии. В настоящее время в Англии действует модель, схожая с «менеджментом случая» — care program approach, а в США — разновидность «менеджмента случая», разработанная R.M. Andersen и P.L. Davidson [6; 33].

Службы здравоохранения различных стран отличаются как по доставке услуг, так и по финансированию, бюрократической организации, по координации и преемственности в ведении документации [12; 57]. Так, в Дании с 1980 года амбулаторные формы ухода переданы в ведение коммун, в то время как губернские советы отвечают за интернаты и организацию обучения. В Финляндии коммунальные советы организуют уход за умственно отсталыми через систему закрытых учреждений. В Исландии помощь умственно отсталым детям оказывают государственный приют и специальные школы в Рейкьявике. В Норвегии созданы крупные центральные и небольшие дома для инвалидов, деятельность которых регламентируется законом о медицинской помощи, а владельцами являются фонды и организации [2]. 77% детей и подростков Швеции проживает дома с родителями и пользуются социальными льготами [6]. Закрытые учреждения в Германии, как правило, принадлежат религиозным или благотворительным организациям. Большое количество людей с умственной отсталостью проживают в психиатрических клиниках. В Голландии хорошо развиты система обучения, дневные центры для инвалидов, особые мастерские. Вся система ухода за умственно отсталыми осуществляется тремя религиозными группами при поддержке государства. Многие инвалиды содержатся в закрытых учреждениях. Помощь умственно отсталым во Франции представляется разобщенной и, по мнению некоторых авторов, недостаточно развитой. Она находится в руках множества частных владельцев и организаций. Англия раньше других европейских стран построила множество государственных специальных больниц и школ для умственно отсталых. В таких больницах по-прежнему проживает большое количество детей и взрослых, кроме того, многие дети постоян-

но живут в школах-интернатах. В Польше небольшие учреждения при католической церкви создают вполне комфортные условия, однако обучение в них недостаточно развито. Различные штаты США построили у себя специальные больницы для умственно отсталых, подвергающиеся жесткой критике из-за ужасных условий проживания. Во многих штатах принята программа отказа от закрытых учреждений [2]. В целом, в таких странах, как Великобритания, Франция и США, в настоящее время прослеживается четкая тенденция в стремлении передать всю полноту ответственности и контроля в руки общественных или попечительских советов, которые начинают играть решающую роль в осуществлении не только социальных и реабилитационных программ, но и специализированной помощи [52].

В США конкретные виды помощи (медицинская, профилактическая, социальная) оказываются различными учреждениями и ведомствами. У каждого ведомства свои взгляды на оказание услуг, различны и источники финансирования. Все это приводит к фрагментации здравоохранения [46]. В системе здравоохранения США, центральной фигурой является терапевт первичного звена, который координирует как саму помощь, так и взаимодействия между службами. Такая координация часто неэффективна, так как этот специалист не несет основной ответственности за пациентов с умственной отсталостью [6; 34]. Еще одним недостатком данной модели является то, что она не обеспечивает качественное планирование и практическую деятельность, поощряя первичную медицинскую помощь и препятствуя профилактической и узкопрофильной [58]. Учитывая несовершенство американской системы здравоохранения в помощи умственно отсталым, в последние десятилетия были проведены исследования по разработке интегрированной модели охраны здоровья через модель «Управление случаем» или с использованием мультидисциплинарных бригад [41]. Несмотря на положительные результаты, широкого распространения интегрированные системы не нашли. Большинство правительственных ресурсов сосредоточено на профилактических мерах, деинституционализации, обеспечении жилья, образовании и трудоустройстве умственно отсталых людей [47].

В противовес фрагментированной отраслевой системе США Австралия, некоторые страны Западной Европы имеют интегрированную систему, в которой медицинская помощь застрахована и гарантирована. Услуги по ее предоставлению финансируются за счет частных страховых компаний или имеют государственную поддержку. Так, здравоохранение и социальная сфера имеют общее финансирование и относятся к органам местного здравоохранения, которые отслеживают потребности населения [46]. В целом данная система здравоохранения менее разрознена, чем отраслевая. Помощь людям с умственной отсталостью оказывают команды (бригады) специалистов. Предназначение этих команд в распреде-

лении доступа к ресурсам медицинской и социальной помощи, в которой нуждаются пациенты. Поскольку врач общей практики является наиболее частым лицом, оказывающим помощь пациентам с умственной отсталостью, то он является неотъемлемой частью команды [49]. Теоретически, интегрированные системы более приспособлены для оказания помощи умственно отсталым, чем системы, базирующиеся на отраслевых принципах. Однако практически они тоже не способны предоставлять услуги, адекватные требованиям данного контингента больных [6]. Часть трудностей в координации между секторами заключается в том, что специалисты первичного звена должны контролировать процесс оказания помощи. А они зачастую избегают роли руководителя процесса, так как не обладают необходимой профессиональной подготовкой, ограничены в финансировании и во времени. Врач общей практики не имеет достаточного времени, чтобы посвятить его сложным медицинским, профилактическим и социальным потребностям людей с умственной отсталостью. Вместо того чтобы обеспечивать всестороннее социальное сопровождение, он сосредотачивается на медицинских потребностях пациента, с которыми наиболее знаком, часто пропуская и не исследуя профилактические и социальные потребности [40, 46, 49].

Исследования, проведенные в США, показывают, что большинство пациентов с умственной отсталостью в этой стране не получают необходимые им услуги [46]. В литературе приводятся данные, свидетельствующие о том, что дети с умственной отсталостью получают в 2,3 раза меньше специальных услуг, чем дети с соматической патологией. Около 17% детей из общего числа, нуждающихся в особом уходе и страдающих умственной отсталостью, испытывают трудности в получении специализированной помощи [52]. Так, было выявлено, что пациенты с умственной отсталостью, по сравнению с другими уязвимыми категориями (дети до 5 лет, люди старше 75 лет), осмотрены врачами общей практики значительно реже [46]. Были обнаружены недостатки в оказании помощи, ее доступности и адекватности у лиц с двойным диагнозом [23, 46]. Документально подтверждена острая необходимость в специализированной психиатрической помощи умственно отсталым [50]. Исследования показали, что 50–80% умственно отсталых пациентов не обращались к поставщику первичной медицинской помощи в течение 12 месяцев. Установлено, что данная группа пациентов в среднем обращается за медицинской помощью по поводу соматических нарушений 2,7 раза в год. Это соответствует количеству посещений у мужчин в общей популяции, но меньше, чем у женщин и детей во всей популяции. Имеются данные, что только 10% из 41% молодых людей с антисоциальным поведением и умственной отсталостью получали специализированную психиатрическую помощь [46, 49]. В Англии, согласно исследованиям, 75% людей с умеренной и глубокой умственной отсталостью во-

обще не получали лечения [6]. Замечено, что на оказание психиатрических услуг влияет степень тяжести умственной отсталости. При утяжелении состояния и снижении функционирования объем помощи уменьшается [43].

Существует мнение, что у многих психиатров отсутствует подготовка по лечению людей с умственной отсталостью. Учитывая, что у большинства пациентов клиника представлена атипичными симптомами и имеются трудности взаимодействия, получаемая ими помощь от неопытных специалистов сомнительна [46]. Исследования подготовки и программ обучения показали, что 84% из них отвечают требованиям и 60% начинающих врачей обучаются работе с умственно отсталыми пациентами. В то же время, указывается на необходимость расширения подготовки начинающих и практикующих врачей [56]. Работники здравоохранения могут негативно относиться к умственно отсталым пациентам, в силу сложившихся стереотипов в отношении их лечения [34]. Например, 39% опрошенных в процессе исследования психиатров, предпочли бы не заниматься умственно отсталыми и их психическим состоянием [49]. Некоторые доктора обеспокоены разрушительным поведением пациентов с умственной отсталостью, в случае их длительного ожидания в приемной [36]. Важно учитывать поведенческие трудности, физические недостатки и неспособность пациентов понимать необходимость соблюдения режима лечения [35, 45, 49]. Медицинские работники имеют более низкие ожидания и более пессимистичны в прогнозах, чем другие специалисты и члены семей пациентов [49]. В случае наличия у больного коморбидного расстройства поставщики первичной и специализированной помощи могут перекладывать ответственность за управление друг на друга [37, 44, 50]. В некоторых странах, таких как Великобритания, Голландия или Австралия, есть психиатры и психологи, специализирующиеся на проблемах психического здоровья людей с умственной отсталостью, а «психиатрия умственной отсталости» выделена в самостоятельную теоретическую и практическую область [38].

Отсутствие непрерывности оказания помощи и недостатки в документации создают дополнительные барьеры для пациентов [34; 49; 57]. Только 17,7% пациентов с умственной отсталостью, согласно исследованию, видели одного и того же врача или посещали одну и ту же клинику дважды. Особенно много трудностей возникает, когда в жизни умственно отсталого человека происходят перемены, такие как переход из педиатрической службы медицинской помощи во взрослую [22, 54].

Социальное положение семьи умственно отсталого пациента также может влиять на получение помощи. Было отмечено, что семьи с высоким образовательным и экономическим статусом, как правило, сами привозили детей в интернат, так как их понятие ненормальности совпадало с официальным диагнозом, утверждающим невозможность самостоятельной жизни,

нормального развития и общения. Семьи с низким статусом, напротив, выражали свое несогласие с диагнозом врача и не следовали советам отпустить ребенка в специальное учреждение [51]. Хотя умственно отсталые имеют право на социальное обеспечение по инвалидности (SSDI) и Medicaid, не все из них пользуются этими преимуществами и, следовательно, сталкиваются со многими финансовыми барьерами. Например, на большинство специализированных видов помощи Medicaid не распространяется [57]. Около 4% больных с тяжелой и глубокой умственной отсталостью вообще не имели страховок. Неудивительно, что процент незастрахованных лиц, которые не посещали врача последние 12 месяцев, был в три раза выше, чем застрахованных. Кроме того, 20% родителей детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью получали отказ или были ограничены в получении страховки для своего ребенка и 15% из них имели полисы частных страховых компаний, включающие специализированную помощь. Для людей с ограниченными доходами, не получающих государственных пособий, расходы на медицинскую помощь могут стать непреодолимым препятствием для ее получения [37].

Как известно, для детей с умственной отсталостью одним из важных направлений в реабилитации является специальное образование [22, 24]. В 2003 году Европейское агентство по развитию специального образования в своем докладе выделило 3 группы стран, в зависимости от состояния образования детей: 1) придерживающиеся политики обучения детей-инвалидов в массовых школах; 2) развивающие обучение как в массовых, так и в специальных школах; 3) обучение преимущественно в специальных школах. В докладе также указывается на то, что инклюзивное образование хорошо развито только в начальной школе, в среднем же звене возникают большие проблемы [9].

Последняя редакция федерального закона США «Об образовании людей с ограниченными возможностями здоровья» поддерживает практику инклюзии. Но, как свидетельствует практика, интеграция и инклюзия — это разные понятия [29]. Долгое время приоритетом интеграции было перемещение учащихся из специализированных школ в обычные по месту жительства. Исследования, проведенные в таких школах, показали, что «обычные» школьники не стали общаться с ними чаще, а при переводе детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные классы, у них ухудшились учебные результаты. Приняв во внимание данные факты, была изменена система преподавания, стал применяться индивидуальный подход к учащимся, позволяющий учитывать не только их возможности, но и интересы, а также цели обучения [27]. При этом в обязанности педагога в США входит создание индивидуальной программы обучения, основанной на известных методиках, а на занятиях часто можно встретить помощников преподавателей [29].

Первый доклад организации «Inclusion Europe» (2004) был посвящен правам умственно отсталых детей в странах Центральной и Восточной Европы. Согласно конституциям и законам большинства этих стран, все дети имеют право на образование без дискриминации и обучение является обязательным по достижении определенного возраста, т.е. детям предоставлена возможность обучаться в массовых школах не зависимо от степени тяжести умственной отсталости. На практике же большинство детей учатся в специальных школах и на дому. Закон не обязывает массовые школы принимать умственно отсталых детей, даже если на то есть желание родителей. Инклюзивного образования детей с тяжелой умственной отсталостью и сложными дефектами в данных странах нет. Второй доклад организации Inclusion Europe (2004) был посвящен странам Западной Европы. В докладе делается вывод о том, что мест в инклюзивных школах намного меньше, чем во вспомогательных, и законодательство данных стран, обеспечивающее инклюзивное образование детей с умственной отсталостью является неудовлетворительным [9]. Современные исследователи отмечают, что среди стран с наиболее совершенным законодательством в данном направлении можно выделить Канаду, Кипр, Данию, Исландию, Индию, Мальту, Нидерланды, Норвегию, ЮАР, Испанию, Швецию, Уганду, США, Великобританию [55].

Согласно результатам исследования, проведенного в Молдове, в настоящее время в специальных (вспомогательных) школах обучаются и получают уход в основном умственно отсталые дети из неблагополучных семей, оставшиеся без попечения родителей, брошенные дети. В этих учреждениях отсутствуют социальные педагоги, социальные работники. Происходит не подлинная интеграция в школьные коллективы, а фактическое посещение некоторого числа таких детей ряда школ по предварительной договоренности с их администрацией [3]. В Республике Казахстан действуют специальные коррекционные школы. Большая часть детей со специальными нуждами учатся в классах при общеобразовательных школах. Другая часть детей обучается либо на дому по индивидуальной программе, либо в спецшколах и общеобразовательных школах-интернатах [8]. Для обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития в Белоруссии (Минск) функционирует сеть учреждений и структур специального образования. Количество мест в дошкольных учреждениях специальных групп, интегрированных групп, пунктов коррекционно-педагогической помощи, а также классов интегрированного обучения в средних общеобразовательных школах, центров коррекционного образования и развития в период с 2004 по 2009 год увеличилось. При этом неизменным осталось количество специальных школ-интернатов и вспомогательных школ-интернатов. Уменьшилось количество специ-

альных классов в СОШ, также уменьшилось число детей, обучающихся на дому [16].

В Италии законодательство поддерживает инклюзивное образование с 1970-х годов. В Германии, при наличии хорошей законодательной базы, большинство детей с особыми потребностями учатся в специализированных школах, как и в Дании, считающейся самой передовой стране в вопросах «включающего» образования. А в Нидерландах и Фламандской части Бельгии очень хорошо развита система специализированных школ, что, по мнению некоторых ученых, является серьезным препятствием к развитию инклюзивного образования. Так, в Фландрии, по данным 2000 года, всего 0,1% детей с особенностями в развитии учатся в интеграционных школах, в Греции таких детей менее одного процента. А вот в США — примерно 45%, в Италии по разным данным от 80 до 95 и даже до 99,9% [39]. Интересно, что самые быстрые и радикальные перемены характерны в беднейших странах, таких как Уганда, Вьетнам, Лаос, Палестина, Марокко [51]. В Швеции существуют два основных типа средних учебных заведений для детей с задержкой психического развития. Школы первого типа предназначены для детей с умеренными нарушениями в развитии, а школы второго типа — для детей и подростков с ярко выраженными нарушениями психического развития. Спецшкола работает в составе единой начальной школы. Нередко ученика с нарушением развития «индивидуально интегрируют» в обычный класс. Дети с легкой умственной отсталостью чаще ходят в обычную школу, где с помощью особой педагогики и при небольшом количестве учеников в классе получают базовые знания в чтении, письме и математике [2].

Система помощи больным с умственной отсталостью в России прошла ряд этапов: от решения чисто призрачных задач до организации разностороннего медико-социального обслуживания на основе современной концепции реабилитации [17]. В настоящее время медико-социальная помощь умственно отсталым оказывается в учреждениях разных ведомств (здравоохранения, социального обеспечения, образования) и организациях (общественных, коммерческих) [14, 17]. С учетом мировых тенденций, начиная с 90-х годов прошлого века, происходит внедрение принципов психосоциальной реабилитации в повседневную практику психиатрических учреждений [18]. Теоретические и практические положения психосоциальной реабилитации в настоящее время в достаточной степени разработаны для взрослых пациентов [6, 7, 12]. Реабилитация детей и подростков нуждается в дополнительных исследованиях и совершенствовании интегративных лечебно-реабилитационных подходов комплексной психосоциальной терапии с участием детских психиатров, психологов, дефектологов, социальных работников и других специалистов [18].

Психиатрическое звено представлено внебольничной, полустационарной, стационарной формами помощи. Организационная структура и

функции отдельных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь, зависят от многих факторов. Основными из них являются: характер и выраженность психопатологической симптоматики, характер и тяжесть соматической патологии, возраст больного, уровень его социальной адаптации, семейное положение и возможности родственников больного в оказании ему помощи, психологической поддержке и уходе [12].

Дети с отклонениями в психическом развитии до 3-х лет воспитываются как в семье, так и в специальных домах ребенка, которые относятся к системе здравоохранения. В работе домов ребенка основное место уделяется медицинским мероприятиям, диагностике потенциальных возможностей и реабилитации. Реабилитационные усилия направлены на развитие двигательной сферы и речи, привитие навыков самообслуживания, общения, овладения предметными действиями [12, 17]. К числу специализированных детских учреждений, находящихся в системе образования, относятся учреждения восстановительно-лечебного характера. Это школы-интернаты с особым режимом для детей с умственной отсталостью и детские дома-интернаты. В детской школе-интернате не только оказывается медицинская и педагогическая помощь, но и проводится социально-бытовая и социально-средовая реабилитация, трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда [20]. Детские дома-интернаты разделяются на учреждения для обучаемых и необучаемых детей. Наряду с ними существуют учреждения смешанного типа. По нозологической структуре в них доминируют дети с умственной отсталостью (83,7%) [12]. Новым типом учреждений для оказания социально-психологической помощи являются разного типа консультативные и реабилитационные центры, которые появились в нашей стране в 90-е годы. Их цель — оказание квалифицированной медико-социальной, психологической, социально-педагогической помощи [25].

В настоящее время в Российской Федерации система специального образования состоит из восьми видов специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, в том числе для детей с задержкой в психическом развитии (VII вид) и для детей с умственной отсталостью (VIII вид) [10]. По сведениям Минздрава России в стране более 1,5 миллиона детей имеют отклонения в развитии. Из них 382,5 тыс. в 2003/2004 учебном году посещали дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида или специализированные группы. 254327 детей обучались в 1956 специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии. В специальных (коррекционных) классах при образовательных учреждениях общего типа обучались 26433 умственно отсталых ученика, 171966 учеников с задержкой психического развития [4, 30]. При этом, согласно сведениям за 2007 год, почти 200000 детей вообще не получали образова-

ния и считались «необучаемыми» [28]. Известно, что 84% детей в классах VII вида имеют задержку психического развития, а 12,9% — умственную отсталость. За период с 1990 по 2003 год численность умственно отсталых детей в общеобразовательных школах увеличилась с 53 тыс. до 205,6 тыс., что составило 3,8 раза [20]. Необходимо отметить, что дети с тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости в настоящее время вообще исключаются из системы образования [4; 20].

При невозможности осуществлять воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии в общих или специальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях оно осуществляется по индивидуальной программе на дому педагогами специальных (коррекционных) школ. Существующая практика организации надомного обучения показывает, что оно не может в полной мере обеспечить качественное образование и интеграцию детей в общество [1, 4]. Образовательное учреждение вправе использовать дистанционные образовательные технологии при всех формах получения образования. Но на начальном этапе реализации данного проекта рекомендуется обеспечить организацию дистанционного обучения детей с сохранным интеллектом [4].

В настоящее время в нашей стране активно обсуждаются проблемы интегрированного (инклюзивного) образования [1, 13, 14, 21]. Исследования, проведенные отечественными специалистами, показывают, что интегрированное обучение оказывается нецелесообразным для детей с интеллектуальной недостаточностью [14; 30]. Кроме того, каждому ребенку с умственной отсталостью необходима коррекционная помощь и психолого-педагогическое сопровождение на всех этапах обу-

чения [27]. Проводятся исследования, направленные на разработку и экспериментальную апробацию различных моделей интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии [7, 14]. Но распространение интегрированного обучения не должно идти в ущерб развитию специальных коррекционных учреждений, которые требуют всесторонней поддержки [4]. По мнению некоторых исследователей, масштабная реализация инклюзивного подхода к образованию на данном этапе развития общества является только мечтой, в основном по финансовым соображениям [11, 27].

Необходимо отметить, что с начала 90-х годов объем социореабилитационной помощи в отечественной психиатрии сократился [15, 25]. Для решения социальных проблем пациенты до сих пор обращаются за помощью к участковому психиатру, однако их возможности в решении данных вопросов ограничены нормативами времени приема пациента и должностными обязанностями. Социальная поддержка в большей степени направлена на жизнеобеспечение пациента (льготы, пенсии) и не стимулирует его социальную активность [12]. По мнению большинства авторов, качество реабилитации, несомненно, будет выше, если разные ее виды будут обеспечиваться комплексно компетентными специалистами — психиатрами, психотерапевтами, социальными работниками, социальными педагогами [12, 15, 31, 32].

Таким образом, система помощи умственно отсталым как за рубежом, так и в нашей стране за последние десятилетия претерпела существенные изменения. При этом вопросы эффективности ее оказания остаются актуальными и в настоящее время.

Литература

1. Андреев Л.В., Бойков Д.И., Войлокова Е.Ф. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте Программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России. — СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена. — 2007. — С. 6.
2. Бакк А., Грбневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития. — СПб: ИРАВ. — 2001. — 360 с.
3. Булат Г., Кара А. Основные направления инклюзивного образования в Республике Молдова // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 25–27.
4. Белявский Б.В. Образование инвалидов в России: история вопроса, статистика // Образование детей-инвалидов в России. Материалы международной конференции: «Инклюзивное образование: перспективы развития в России». — М. — 2006. — 60 с.
5. Гилберг К., Хеллерен Л. Психиатрия детского и подросткового возраста. — М.: ГЭОТАР-МЕД. — 2004. — 544 с.
6. Грозная Н.С. Включающее образование. История и зарубежный опыт // Вопросы образования. — М. — 2006. — № 2. — С. 91–105
7. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. — М.: ИД «Медпрактика — М». — 2007. — 356 с.
8. Дорофеева И.И., Гиндина Е.А., Теплоухова И.А., Лосева Л.Л. Из опыта работы по интеграции детей с нарушением слуха // Дефектология. — № 1. — 2003. — С. 23–24.
9. Джардина М.Ж. Расширение возможностей равного доступа детей к образованию в Казахстане // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 25–27.
10. Жаворонков Р. Реализация прав детей-инвалидов на образование (европейская практика и российский опыт) // Человек и труд. — 2005. — № 9. — С. 10–13.
11. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с

- древнейших времен до середины XX века. — М.: Образование. — 1995. — 399 с.
12. Зайцев Д.В. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями // Социологические исследования. — 2004. — № 7. — С. 127–132.
 13. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. — М.: Издательский центр «Академия». — 2001. — 224 с.
 14. Иовчук Н.М. Интегративное воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья: условия и перспективы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2006. — №2. — С. 16–22.
 15. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. — СПб.: Речь. — 2004. — 384 с.
 16. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб. — 1998. — 256 с.
 17. Каплина О.В. Дистанционное обучение детей с особенностями психофизического развития // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 98–103.
 18. Коллегова В.А., Янович Ф.П. Опыт организации внебольничной психиатрической помощи детям и подросткам. — М.: Медицина. — 1975. — 192 с.
 19. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — № 4. — С. 5–14.
 20. Кулагина Е.В. Актуальные вопросы модернизации специального образования // Национальные приоритетные проекты. ИСЭПН РАН. — 2007. — 20 с.
 21. Лапина В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. — М.: Просвещение, 1991. — 143 с.
 22. Макаров И.В. Олигофрения. Систематика, клиника, диагностика // И.В. Макаров. Лекции по детской психиатрии. — СПб: Речь, 2007. — С. 126–146.
 23. Макаров И.В. Психозы у детей с олигофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004. — Т. 104. — С. 58–60.
 24. Макаров И.В., Рубина Л.П. Организация и особенности детской психиатрической помощи в Санкт-Петербурге // Психиатрия. — 2004. — № 3. — С. 55–65.
 25. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции // Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями). — М.: Права человека. — 2001. — 95 с.
 26. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. — М.: Наука. — 1999. — 40 с.
 27. Олешкевич В.И. Интегрированное обучение как педагогическая проблема // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 156–182.
 28. Радькова С.В. Инклюзивное образование мечта или реальность? // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 200–208.
 29. Роза Д., Симонова Ю., Перфильева М. Деятельность общественной организации по развитию инклюзивного образования // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 232–234.
 30. Риппа Дж., Риппа Б. Стратегии обучения в инклюзивном классе // Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. — 2009. — С. 209–220.
 31. Худоренко Е.А. Лица с ограниченными возможностями здоровья // Проблемы образования и инклюзии. — 2010. — С. 63–70.
 32. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М. Актуальные проблемы современной организации психиатрической помощи детям в России // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — М. — 2006. — № 2. — С. 23–32.
 33. Allen D., Felce D. Service responses to challenging behavior // *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge University Press. — 1999. — P. 279–294.
 34. Andersen R.M., Davidson P.L. Measuring access and trends // Chapter 1 in *Changing the US Health Care System* (Eds. RM Andersen, TH Rice, GF Kominski). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers. — 1996. — P. 13–40.
 35. Barr O., Gilgun J., Kane T., Moore G. Health screening for people with learning disabilities by a community learning disability nursing service in Northern Ireland // *J Adv Nurs*. — 1999. — V. 29. — P. 1482–1491.
 36. Beange H.P. Caring for a vulnerable population // *Med J Austr*. — 1996. — V. 164. — P. 159–160.
 37. Birenbaum A., Cohen H.J. Managed care and quality health services for people with developmental disabilities: Is there a future for UAPs? // *Ment Retard*. — 1998. — V. 36. — P. 325–329.
 38. Bouras N., Szymanski L. Services for people with mental retardation and psychiatric disorders: US-UK comparative overview // *Intern J Soc Psychiatry*. — 1997. — V. 43(1). — P. 64–71.
 39. Bouras N., Jacobson J. Mental health care for people with mental retardation: a global perspective // *World Psychiatry*. — 2002. — V. 1. — P. 162–165.
 40. Cooper S.A. Deficient health and social services for elderly people with learning disabilities // *J Intell Disabil Res*. — 1997. — V. 41. — P. 331–338.
 41. Councilman D.L. Caring for adults with mental disabilities. Problems tend to be complex among this growing population // *Postgrad Med*. — 1999. — V. 106. — P. 181–190.

42. Davidson P.W., Cain N.N., Sloane-Reeves J.E., Giesow V.E., Quijano L.E., Shoham I. Crisis intervention for community-based individuals with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders // *Ment Retard.*— 1995.— V. 33.— P. 21–30.
43. Driessen G., DuMoulin M., Haveman M.J. Persons with intellectual disability receiving psychiatric treatment // *J Intell Disab Res.*—1997.— V. 41(6).—P.512-518.
44. Evenhuis H., Beange H., Lennox N., Chicoin B. Healthy ageing in people with intellectual disability: Physical health issues.—Geneva, Switzerland: World Health Organization.—2000.— 40 p.
45. Garrard S.D. Health services for mentally retarded people in community residences: Problems and questions // *Am J Public Health.*— 1982.— V.72—P.1226-1228.
46. Horwitz Ph.D., Kerker B.D. *The Health Status and Needs of Individuals with Mental Retardation.*—New Haven, Connecticut.— 2000.— 20 p.
47. Jacobson J.W. Psychological services utilization: Relationship to severity of behavior problems in intellectual disability services // *J Intell Disab Res.*— 1998.— V. 42(4).—P. 307–315.
48. Jones R.G., Kerr M.P. A randomized control trial of an opportunistic health screening tool in primary care for people with intellectual disability // *J Intell Disab Res.*— 1997.— V. 41.— P. 409–415.
49. Lennox N., Chaplin R. The psychiatric care of people with intellectual disabilities: the perceptions of consultant psychiatrists in Victoria // *Austr NZJ Psychiatry.*— 1996.— V. 30.— P. 774–780.
50. Menolascino F.J., Gilson A., Leitas A. Issues in the treatment of mentally retarded patients in the community mental health system // *Comm Ment Health J.*— 1986.— V. 22.— P. 314–327.
51. Mercer J. *Sociological Perspectives on Mild Mental Retardation // Social-Cultural Aspects of Mental Retardation.*—NY: Appleton-Century-Crofts.— 1970.— P. 378–391.
52. Mulick J. A., Kedesly J.H. Self-injurious behavior, its treatment, and normalization // *Mental Retardation.*— 1988.— V. 26.— P. 223–229.
53. Nageswaran S., Parish S.L., Rose R.A., Grady M.D. Do children with developmental disabilities and mental conditions have greater difficulty using health services than children with physical disorders? // *Matern Child Health J.*—2011.— V. 15.—P. 634–41.
54. Nottestad J.A., Linaker O.M. Psychiatric health needs and services before and after complete deinstitutionalization of people with intellectual disabilities // *J Intellect. Disabil. Res.*— 1999.— V. 436.—P. 525–530.
55. Parker G., Hirst M. Continuity and change in medical care for young adults with disabilities // *JR Coll Physic London.*— 1987.— V. 21.—P.129–133.
56. Tyler C.V., Shnyder C.W., Zyzanski S.J. Caring for adults with mental retardation: Survey of family practice residency program directors // *Ment Retard.*— 1999.— V. 37.—P. 347–352.
57. Vandergriff D.V., Chubon R.A. Quality of life experienced by persons with mental retardation in various residential settings // *Journal of Rehabilitation.*— 1994.— P. 30–37.

Сведения об авторе

Михейкина Оксана Витальевна—к.м.н., заведующая амбулаторным отделением ГБУЗ «Брянская областная детская психиатрическая больница». E-mail: oromanova2006@rambler.ru