

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И.С. Карауш, И.Е. Куприянова

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН

Нарушения слуха и зрения – многофакторная проблема, имеющая медицинские и социальные аспекты – являются проявлениями дефицитарного дизонтогенеза, могут ограничивать познавательные, учебные, социальные и поведенческие возможности у детей и подростков [6, 10]. По данным Министерства здравоохранения и социального развития, в Российской Федерации около 1,3 миллиона детей и подростков страдают нарушениями слуха, более миллиона детей страдают нарушениями зрения: близорукостью, дальнозоркостью, нарушениями преломляющей способности глаза, амблиопией и косоглазием. Расстройства психо-интеллектуального и социального развития у детей с сенсорными нарушениями, развитие психологической, социальной дезадаптации, проблем со злоупотреблением психоактивными веществами – часто встречающийся феномен [5, 8, 12, 18, 24]. Так, среди учащихся начальных классов школ для слепых нарушения зрения в 77,6% сопровождаются задержкой психического развития, олигофренией в степени дебильности [3]. В исследовании шведских ученых было установлено, что 74% детей с нарушениями зрения имеют признаки морфологических и/или функциональных нарушений мозга [15]. По данным E. Tirosh, M.R. Shnitzer, распространенность поведенческих проблем (синдром гиперактивности с дефицитом внимания, тревожные расстройства, избегающее поведение) среди слепых детей составляет 49% и требует организации психологического мониторинга и психологической помощи для них и их родителей [23]. По данным обзора зарубежных исследований, показатели распространенности психических расстройств у слабослышащих и глухих детей варьируют в широком диапазоне – от 15% до 60% [7]. У учащихся (средний возраст 11 лет) с нарушениями слуха и нормальными показателями невербального интеллекта психические расстройства были выявлены в 32,6%, среди них депрессивные расстройства – у 7,4%, что выше, чем в целом в популяции [14].

В области психологии, психиатрии, неврологии, педиатрии есть беспрецедентная возможность для продвижения междисциплинарного подхода в научных исследованиях и клинической практике и, таким образом, более глубокое понимание нарушений развития [20]. Определение клинического диагноза часто не предоставляет полной информации о степени нарушения социального функционирования ребенка, и, главное, не дает полной информации о возможностях преодоления возникшего нарушения и заболевания. Мало изучены возможности детей-инвалидов относительно участия в разных видах активности [13], однако это необходимое условие как для поддержания физического, так и психического здоровья и повышения стрессоустойчивости.

В психиатрии нозоцентрическая парадигма психического здоровья сменяется на биопсихосоциальную [1]. Для оценки детской инвалидности с точки зрения биопсихосоциальной модели рекомендовано, наряду с Международной классификацией болезней (МКБ), использовать Международную классификацию функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ), являющуюся важным инструментом документирования характеристик инвалидности, определения профиля функционирования инвалида и определяющую приоритетные реабилитационные направления и стратегии раннего вмешательства [21, 22]. Международная классификация функционирования (ICF – International Classification of Functioning, Disability, and Health) была разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и опубликована в 2001 году в качестве партнера МКБ [25]. Оптимальное сочетание данных классификаций объясняется тем, что МКБ классифицирует заболевание, в то время как ICF оценивает функционирование. Диагноз не всегда дает полную информацию о функциональных возможностях индивида. Определение ограничений функционирования и акцент на ресурс-

ных (адаптивных, сохранных) позициях часто оказывается важным и необходимым для планирования и осуществления полноценных реабилитационных мероприятий [11, 17]. В 2007 году ВОЗ была опубликована ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и молодежи); она имеет ту же организацию как ICF с той же иерархической структурой кодов [21]. В настоящее время ICF применяется для лиц от 18 лет и старше и ICF-CY – от рождения до 17 лет [9]. Оценивается тяжесть состояния здоровья с точки зрения его влияния на функционирование. Например, дети с аутизмом или детским церебральным параличом могут иметь одинаковые диагнозы, но их способности и уровни функционирования часто широко варьируют у отдельных лиц в течение долгого времени [19]. Международная классификация функционирования служит оценочной категорией, позволяющей объединить дефект, психопатологию, психологический и социальный профиль пациентов.

Цель исследования – изучение возможностей применения Международной классификации функционирования при оценке психического здоровья детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения.

Материал исследования. 348 учащихся коррекционных школ-интернатов I-II вида (для слабослышащих и глухих детей) и III-IV вида (для слабовидящих и слепых детей) 7–18 лет: из них 170 человек – это дети с нарушениями слуха (нейросенсорная тугоухость III-IV степени, нейросенсорная глухота) и 178 – человек это дети с нарушениями зрения (врож-

денные аномалии зрительного анализатора, последствия травм). Для всех детей было получено информированное согласие от родителей (опекунов). У детей старше 14 лет получено персональное согласие на участие в исследовании.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психологический (опросник качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules, шкала явной тревожности CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), опросник Басса-Дарки (Buss-Durkey Inventory), шкала депрессии М. Ковак [15], проективные методики (рисуночные тесты «Дом-Дерево-Человек», «Рисунок семьи», тест Люшера)), статистический.

Результаты

Методология и принципы МКФ явились определенным «каркасом» для систематизации информации, полученной при изучении психического здоровья детей с сенсорными нарушениями. Используя некоторые определения из этой классификации и опираясь на принципы построения функционального диагноза, были выделены следующие составляющие психического здоровья детей (рис. 1).

Функционирование индивида можно представить как взаимодействие между различными составляющими здоровья и средовыми факторами (факторами окружающей среды). Любое ограничение жизнедеятельности, врожденный или приобретенный дефект, даже компенсированный оперативным путём, может модифицировать состояние здоровья ребенка. МКФ предполагает оценку показателей «функции» и «структуры», охватывая функционирование всего организма.



Рис. 1. Формирование психического здоровья у детей с сенсорными нарушениями

Нам при изучении психического здоровья детей с нарушениями развития представилось целесообразным сделать акцент на психическом статусе, выделив его в отдельный блок («Психические функции»), объединив остальные показатели разных органов и систем в блок «Соматическое здоровье», признавая важность его влияния на психические функции и формирование психопатологии. Эта составляющая характеризует наличие или отсутствие сопутствующих соматических хронических заболеваний, частоту обострений, астению, уровень физической активности.

Составляющая «Сенсорный дефект» выделена в контексте особенностей изучаемого контингента, включает характеристику основного дефекта, способность соблюдения личной безопасности, возможности самостоятельного передвижения, коммуникации (например, у слабослышащих детей – уровень овладения жестовой речью, уровень развития речевых навыков, у слепых – уровень владения чтением по Брайлю).

Составляющая «Психические функции» включает характеристику психического статуса ребенка или подростка, наличие психических нарушений или расстройств, которые нами условно были разделены на 3 группы.

I. Относительно стабильные («фоновые») состояния (нарушения психологического развития, умственная отсталость, речевые расстройства, органические расстройства, СДВГ), нуждающиеся в длительной медико-психолого-педагогической коррекции. При клиническом исследовании слабослышащих и глухих детей смешанные специфические расстройства развития – F83, F81 выявлены у 76%, умственная отсталость – F70–79 у 20%, органические расстройства – у 8%, гиперкинетические расстройства F90 у 8,5%. Спецификой дефекта детей этой категории является высокая частота возникновения речевых расстройств (F80) – у 91% детей выявлены расстройства речевого развития (F80.8, F80.1, F80.82), обусловленные основным заболеванием. Сочетанная патология отмечалась у 81% детей. У детей с нарушением зрения смешанные специфические расстройства развития – F83 отмечались у 29% учащихся, органические расстройства – у 38%, умственная отсталость – у 4%, гиперкинетические расстройства – 9%.

II. Психозадаптационные (донозологические по В.Я.Семке, [4]) состояния (ПДАС) – астенический, психовегетативный или дистимический варианты выявлены у 18% учащихся с нарушениями зрения и 12% учащихся с нарушениями слуха.

III. Невротические и аффективные расстройства. Расстройства адаптации (кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения) были выявлены у 6,1% учащихся с нарушениями зрения и 5,3% учащихся с нарушениями

слуха. Депрессивный эпизод легкой степени тяжести выявлен у 3 слабослышащих подростков (1,7%) и средней степени тяжести у одного слабослышащего подростка (0,6%).

Состояния и заболевания II и III групп у детей с сенсорными нарушениями часто не выявляются вследствие того, что их симптомы «маскируются» проявлениями фонового заболевания, либо трудно определяемы при беглом осмотре вследствие имеющих речевых или интеллектуальных нарушений. Важным представляется выявление в анамнезе психотравмирующих ситуаций и определение их связи, различными психопатологическими проявлениями [2]. Психозадаптационные (донозологические) состояния и невротические расстройства имеют особенности у детей с сенсорными нарушениями – для них характерны: высокий уровень тревожности, проявляющейся нарушением поведения, снижением успеваемости, агрессивным поведением (вербальной, косвенной агрессией, негативизмом и аутоагрессивным поведением); депрессивные тенденции, проявляющиеся негативной самооценкой, снижением настроения, нарушением коммуникации; эмоциональный дисбаланс. У слабослышащих детей это коррелирует с наличием признаков депривации, связанной с нарушением зрения.

Длительные ПДАС, невротические и депрессивные реакции способствуют формированию и прогрессированию психической патологии, обострению и утяжелению фоновых стабильно протекающих расстройств, поэтому необходимо вовремя выявлять их и проводить соответствующую терапию и/или коррекцию.

Личностные факторы – социальный статус, жизненный опыт и так далее, в настоящее время в МКФ не классифицируются, но при работе с классификацией пользователи могут их применять. Представлялось целесообразным выделить блок «Психологические характеристики», включающий такие позиции как отношение ребенка к собственному заболеванию, уровень качества жизни, тревоги, депрессии, агрессии, эмоциональные характеристики актуального состояния, особенности мотивации.

При исследовании уровня тревоги с помощью шкалы явной тревожности для детей СМАС высокий уровень тревоги выявлен у 33% детей, средний – у 48,5%. Стоит отметить, что в 73,5% случаев у слабослышащих детей с высоким уровнем тревоги отмечаются те или иные признаки депривации, связанной с нарушением зрения. Из-за стигматизации и недостаточной осведомленности о внешнем мире, дети и подростки часто чувствуют страх, тревогу, неуверенность в себе, зависимость от привычного окружения (близкого взрослого человека и т.п.). Уровень депрессии по шкале депрессии М.Ковак «выше среднего» и «значительно выше среднего» выявлен у 18% детей; наиболее высокие баллы наблюдались по шкалам «негативное настроение», «межлич-

ностные проблемы», «ангедония». Опросник на выявление агрессивности Басса-Дарки смогли заполнить 45% детей исследуемой группы (преимущественно с сохраненным интеллектом), высокий уровень агрессии выявлен у 5% детей, средний – у 32%. Наиболее частыми составляющими были – косвенная, вербальная агрессия, негативизм, физическая агрессия. Часть детей, поведение которых клинически характеризовалось как агрессивное, не смогли заполнить данную анкету в связи с интеллектуальными нарушениями. При изучении качества жизни (опросник PedsQL 4.0), данные, представляемые детьми, выявили высокий уровень данного показателя у 32%, средний – у 36%, низкий – у 32%. Обращает внимание, что дети выше характеризуют свое состояние по шкалам оценки когнитивных функций и школьного функционирования, чем родители, которые значительно ниже и более объективно оценивают показатели данных шкал. Родители выше оценивают характеристики шкал физического и эмоционального реагирования. Тест Люшера выявил состояние дезадаптации или стрессовой ситуации и трудности в её разрешении почти у 50% детей. Рисуночные тесты выявляли тревожность, напряженность, усиленные защитные установки, проблемы взаимоотношения с близкими.

Непременным условием полноценного развития ребенка является участие его в соответствующей возрасту деятельности, чему часто препятствуют имеющиеся физические дефекты, вторично развивающиеся расстройства психологического развития, особенности социальной среды. Составляющая «Активность и участие» оценивает вовлечение ребенка в жизненную стандартизированную ситуацию и способности выполнения различных задач или действий. У детей с сенсорными нарушениями оцениваются способности и возможности обучения (общеобразовательная или специальная программа, успеваемость), применения получаемых навыков и знаний на практике – чтение, письмо, счет, общие знания об окружающем. Значимыми также являются выполнение повседневного распорядка, способности к самообслуживанию, заботе о собственном здоровье. При характеристике общения учитывается способность восприятия устных, письменных сообщений, умение поддержания разговора, особенности формальных, неформальных, семейных отношений, умение проявлять заботу в отношении близких людей, друзей.

Факторы окружающей среды характеризуют среду отношений и установок, в которой живет и воспитывается ребенок с нарушениями слуха или зрения. Представляется целесообразным выделить «уровень микроокружения или непосредственного окружения» и «уровень макроокружения или общественных служб и систем».

а) «Уровень микроокружения» включал семью, особенности образовательной среды – коллектив

сверстников и педагогов, а также особенности контактов с родственниками, знакомыми, посторонними людьми. Например, поддержка родителей, их компетентность в реализации реабилитационных мероприятий, гармоничное воспитание, активное вовлечение слабослышащего ребенка в речевую среду и стимуляция формирования речевых навыков способствует развитию коммуникационных способностей, расширению активности, способности к самообслуживанию и повышению уровня личной безопасности. Родительская позиция отрицания серьезности основного дефекта и наличия нарушений психического здоровья снижает вероятность благоприятного прогноза, ограничивая формирование коммуникационных навыков, способствует развитию психопатологических черт личности. При наличии у педагога, работающего в коррекционной школе, сформированного синдрома эмоционального выгорания или невыявленного невротического или депрессивного расстройства отмечалась повышенная тревожность, аффективные и агрессивные реакции у учеников, быстрая их истощаемость на уроках, нарушения взаимодействия с учащимися, родителями; в классах таких педагогов чаще возникали конфликтные ситуации.

б) «Уровень общественных служб и систем» включает характеристику медицинских, образовательных, социальных организаций и служб, определяющих (экономически, политически, общественным влиянием) функционирование ребенка и его семьи, а также особенности правовой системы. Для реабилитации и сохранения здоровья детей с нарушениями слуха и зрения необходимо своевременное и адекватное обеспечение современным медицинским сурдо- и тифлотехническим оборудованием (слуховые аппараты, очки, книги и учебная литература, клавиатура со шрифтом Брайля и т.п.), финансовая поддержка с целью своевременного лечения основного заболевания (например, выделение квот на кохлеарные имплантанты, операции по замене хрусталика и т.п.). На данном уровне необходимо оценивать и сформированный в обществе уровень толерантности к лицам, имеющим дефекты развития.

Таким образом, охват различных составляющих, влияющих на психическое здоровье и формирующих его, позволяет индивидуализировать реабилитационные программы, находя «точки-мишени» и ресурсные стороны.

На рис. 2 представлено клиническое наблюдение как пример применения подобного системного подхода. Основные «проблемные» позиции выявлены в блоках «психические функции», «соматическое здоровье», «психологические характеристики» и «факторы окружающей среды». Необходимо подчеркнуть, что в данном случае семья не может являться базисом для реабилитационных мероприятий. Основной акцент в ресурсе микроокружения был сделан на систему взаимоотношений подросток-психолог-



Рис. 2. Формирование психического здоровья у ребенка с нарушением зрения (на основе клинического наблюдения В., 15 лет. Диагноз – ВАР органа зрения (атрофия ДЗН ОД, сходящееся косоглазие), расстройство психологического развития F83 (психодезадаптивное состояние, дистимический вариант)

психотерапевт-педагог, причем педагог (классный руководитель) также нуждался в психотерапевтической помощи и коррекции в связи с наличием сформированного синдрома эмоционального выгорания, повышенного уровня тревоги на фоне психодезадаптивного состояния. В качестве ресурсных моментов отмечены – сохранные возможности коммуникации и самостоятельного передвижения, сформированные навыки самообслуживания, отсутствие проблем с обучением, в целом, упорядоченное поведение.

С учетом обсуждаемых позиций, были сформулированы следующие акценты и направления в индивидуальной реабилитационной программе:

- Индивидуальная психотерапия (работа со страхом, снижение уровня тревоги, повышение самооценки, тренинг эмоциональной устойчивости, коммуникативный тренинг, формирование мотивации на получение знаний, поиск хобби и увлечений).

- Укрепление физического здоровья, повышение физической активности, ориентация на здоровый образ жизни (формируемая психологом, педагогами, врачом-психотерапевтом).

- Консультации опекуна, ознакомление с закономерностями и этапами психического развития, обучение навыкам и приемам общения с подростком, формирование благоприятного психологического микроклимата и здорового образа жизни.

- Беседы с педагогами о психологических особенностях детей с нарушениями зрения и расстрой-

ствами психологического развития, сути пубертатного периода.

- Превенция психических расстройств у педагогов, социально-психологические тренинги.

Обсуждение

Включение методологии МКФ в изучение психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения позволило более полно представить проблемные зоны физического и психического состояния, а также ресурсный модуль. Максимальная индивидуализация конкретных проблем ребёнка, установление их иерархии позволяют определить прогноз и, в последующем, приоритеты в коррекционной работе в каждом конкретном случае. Реабилитационное вмешательство определяется совокупностью работы с «негативными составляющими» каждого домена, с опорой на «позитивные» или ресурсные.

Представляется значимым использование методологии МКФ для объединения традиционно чисто медицинского и чисто социального подхода к детям, имеющим инвалидизирующие заболевания. Традиционно медицинский подход рассматривает дефект (заболевание) и/или вторичные нарушения, определяет терапевтическую тактику. Прогноз строится с опорой на динамику симптомов и применение средств медикаментозной или специальной (кохлеарные имплантаты, слуховые аппараты, оптические средства) реабилитации. Социальная и психологическая составляющие вносят четкое понимание

«проблемных» и ресурсных сторон ребенка и его социального окружения (семья, учебная среда – сверстники и педагоги) – психологических характеристик, особенностей межличностного взаимодействия, мотивации, уровня физической активности, то есть базиса, который будет значимо влиять на возможности реабилитации и определять прогноз вместе с клиническими характеристиками.

Исследование, фрагмент которого обсуждается, осуществляется в рамках межведомственного взаимодействия, поскольку задачи реабилитационных программ, разработанных с учетом принципов Международной классификации функционирования, носят мультидисциплинарный характер и могут быть успешно решены только при участии представителей различных специальностей: психиатров, педиатров, клинических и социальных психологов, педагогов, социальных работников, логопедов и др.

Выводы

1. МКФ может быть использована как научная основа для понимания и изучения показателей психического здоровья детей с сенсорными наруше-

ниями, определения значимых факторов прогноза, объема и направлений реабилитационного вмешательства.

2. Описание составляющих, которые определяют психическое здоровье, дает информацию как об «проблемных» моментах (например, высокий уровень тревоги, депрессии, нарушения поведения, недостаток физической активности, отсутствие достаточного круга общения), которые в будущем станут мишенями для психотерапии, психокоррекции; так и о позитивных, ресурсных сторонах, которые могут являться опорой для реабилитационных программ (например, сохранность абстрактного мышления, способности к самообслуживанию, мотивация на развитие, адекватное отношение к собственному дефекту).

3. Необходимо учитывать роль факторов окружающей среды и характер их влияния на индивида. Особенно актуальным и значимым в реабилитации детей с сенсорными нарушениями представляется использование ресурсов социального окружения ребенка – семьи, сверстников (группа, класс), педагогов (воспитателей).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф. Организация иерархической системы генетической превенции психических расстройств в семьях как развитие предиктивно-превентивной и персонализированной медицины // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 6. С. 33–40.
2. Потапова В.А. Психогении у подростков с различными формами психопатологических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3. С. 41–42.
3. Солнцева Л.И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения. М.: «Полиграф-Сервис», 1999. 180 с.
4. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. 403 с.
5. Терентьева Н.П. Особенности психологической защиты у слабослышащих и слабоборющихся подростков: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. Самара, 2004. 24 с.
6. Bakhla A.K., Sinha V.K., Verma V., Sarkhel S. Prevalence of psychiatric morbidity in visually impaired children // Indian Pediatr. 2011. Vol. 48, N 3. P. 225–227.
7. Bailly D., Dechoulydenclave M.B., Lauwerier L. Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents. Review of the recent literature // Encephale. 2003. Vol. 29, N 4. P. 329–337.
8. Barker D.H., Quittner A.L., Fink N.E. et al. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication // Dev. Psychopathol. 2009. Vol. 21, N 2. P. 373–392.
9. Björck-Akesson E., Wilder J., Granlund M. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention-feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice // Disabil. Rehab. 2010. Vol. 32, Suppl. 1. P. 125–138.
10. Boonstra N., Limburg H., Tijmes N. et al. Changes in causes of low vision between 1988 and 2009 in a Dutch population of children // Acta Ophthalmol. 2012. Vol. 90, N 3. P. 277–286.
11. Bornman J. The World Health Organization's terminology and classification: application to severe disability // Disability Rehab. 2004. Vol. 26. P. 182–188.
12. Brunnberg E., Boström M.L. Self-Rated Mental Health, School Adjustment, and Substance Use in Hard-of-Hearing Adolescents // Deaf Stud. Deaf Educ. 2008. Vol. 13, N 3. P. 324–335.
13. Bult M.K., Verschuren O., Jongmans M.J. et al. What influences participation in leisure activities of children and youth with physical disabilities? A systematic review // Res. Developmental Disabilities. 2011. Vol. 32, Issue 5. P. 1521–1529.
14. Fellinger J., Holzinger D., Sattel H. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments // Developmental medicine and child neurology. Vol. 51, Issue 8. P. 635–641.
15. Grönqvist S., Flodmark O., Tornqvist K. et al. Association between visual impairment and functional and morphological cerebral abnormalities in full-term children // Acta Ophthalmol. Scand. 2001. Vol. 79, N 2. P. 140–146.
16. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school aged children // Acta Paedopsychiatr. 1981. Vol. 46. P. 305–315.
17. Lollar D.J., Simeonsson R.J. Diagnosis to function: classification for children and youths // J. Dev. Behav. Pediatr. 2005. Vol. 26, N 4. P. 323–330.
18. Mejstad L., Heiling K., Svedin C.G. Mental health and self-image among deaf and hard of hearing children // Am. Ann. Deaf. 2009. Vol. 153, N 5. P. 504–515.
19. Ogonowski J., Kronk R., Rice C., Feldman H. Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities // Disability Rehab. 2004. Vol. 26. P. 353–361.
20. Reiss A.L. Point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics // J. Child Psychol. Psychiatry. 2009. Vol. 50, N 1–2. P. 87–98.
21. Simeonsson R.J., Leonardi M., Lollar D. et al. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability // Disab. Rehab. 2003. Vol. 25, N 11–12. P. 602–610.
22. Simeonsson R.J., Scarborough A.A., Hebbeler K.M. ICF and ICD codes provide a standard language of disability in young children // J. Clin. Epidemiol. 2006. Vol. 59, Issue 4. P. 365–373.
23. Tirosh E., Shnitzer M.R., Davidovitch M., Cohen A. Behavioural problems among visually impaired between 6 months and 5 years // Int. J. Rehab. Res. 1998. Vol. 21, N 1. P. 63–69.
24. Venkadesan R., Finita G.R. Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with and without motor impairment // Ital. J. Pediatr. 2010. Vol. 36. P. 75.
25. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, 2001. 299 p.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И.С. Карауш, И.Е. Куприянова

В статье обсуждаются возможности применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в исследовании психического здоровья детей с нарушениями слуха и зрения. Материалы и методы: обследовано 348 учащихся коррекционных школ-интернатов I-II вида 7-18 лет. Методы исследования – клинико-психопатологический, психологический (опросник качества жизни PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules, шкала явной тревожности CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), опросник Басса-Дарки (Buss-Durkey Inventory), шкала депрессии М.Ковак, проективные методики), статистический.

Результаты: клинически выделены три группы расстройств и нарушений психического здоровья – это относительно стабильные состояния (нарушения психологического развития, умственная отсталость, речевые расстройства, органические расстройства); донозологические психозадаптационные состояния и невротические и аффективные

расстройства. В характеристике психического здоровья рассматриваются следующие составляющие: «Психические функции», «Сенсорный дефект», «Активность и участие», «Психологические характеристики», «Соматическое здоровье», «Факторы окружающей среды (микро- и макроокружение)».

Обсуждение: социальная и психологическая составляющие вносят чёткое понимание «проблемных» и ресурсных аспектов психического здоровья ребенка и его социального окружения. МКФ может быть использована как научная основа для понимания и изучения показателей психического здоровья детей с сенсорными нарушениями, определения значимых факторов прогноза, объема и направлений реабилитационного вмешательства.

Ключевые слова: МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, дети с нарушениями слуха и зрения, психическое здоровье.

USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING IN EVALUATION OF MENTAL HEALTH OF CHILDREN WITH SENSORY IMPAIRMENTS

I.S. Karaush, I.E. Kupriyanova

The authors discuss the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in evaluation of mental health of children with sensory impairments. Material: 348 children and adolescents (aged 7-18 years) from special boarding schools. Method: clinico-psychopathological, psychological, statistical. Instruments: the PedsQL 4.0 Generic Core Scales, Modules, the Children's Form of Manifest Anxiety Scale, the Buss-Durkey Inventory, the Kovacs Child Depression Inventory, projective techniques.

Results: The authors distinguish in clinical sense three groups of disorders and mental health problems, specifically, (1) relatively stable conditions (disordered psychological development, mental retardation, speech disorders, organic disorders); (2) pre-nosological psychic maladjustment conditions and (3) neurotic and affective disorders. The

framework of mental health includes the following constituents: mental functions, sensory defect, active attitude and participation, psychological characteristics, bodily health, environmental factors (micro- and macro-environment).

Discussion: Social and psychological constituents contribute to clear understanding of weak and strong points of the child's mental health and his social surrounding. The ICF can be used as a scientific basis for understanding and studying the parameters of mental health in children with sensory impairments, and also for determining significant factors of prognosis and making decisions about the contents and direction of rehabilitation measures.

Key words: the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), children with impaired hearing and vision, mental health.

Карауш Ирина Сергеевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения пограничных состояний Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук; e-mail: anir7@yandex.ru

Куприянова Ирина Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук; e-mail: redo@mail.tomsknet.ru