

6.7 Модели деятельности врача психолого-медико-педагогической комиссии

Опыт работы психолого-медико-педагогического консультирования показывает, что в последнее время значительно увеличилось число детей, имеющих сложную структуру нарушений нервно-психических функций и, соответственно, отклонений психического развития. Патология нервной системы порою носит не только резидуальный, но и текущий, нередко прогрессирующий характер (например, эпилепсия и эпилептические синдромы, дегенеративные заболевания, «медленные» воспалительные процессы и т.д.). Нередко неврологическая патология является следствием других заболеваний (наследственных, обменно-эндокринных, иммунных, патологии печени, почек, других органов). Очень часто в последние годы встречается сочетание неврологической и психиатрической патологии. В связи с этим возрастает роль и ответственность врача в деятельности ПМПК.

Специфика его работы заключается в том, что ему, основываясь на представленной медицинской документации (выписки из истории развития ребенка, справки ВК, результатов лабораторных обследований и т.п.) совместно с коллегами немедицинских специальностей необходимо вынести единое заключение о причинах и характере дезадаптации ребенка, на основании которого определяются необходимые специальные образовательные условия и выстраивается комплексная помощь.

Довольно часто дети, попадающие на ПМПК, имеют не один, а несколько медицинских диагнозов (и не только неврологических и психиатрических). Безусловно, наиболее значимыми для формирования психических функций является патология нервной системы, органов чувств и психические расстройства, но большое значение имеет также состояние костно-мышечной системы. Очень важную роль играют обменно-эндокринные заболевания. Негативное влияние на психическое развитие ребенка оказывают хронические заболевания, приводящие к гипоксии тканей (патология дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, болезни крови и др.), тяжелые заболевания, снижающие качество жизни ребенка (ограничивающих его активность, возможность общения со сверстниками, вызывающие длительные состояния дискомфорта, болевые ощущения и т.д.), а также заболевания, предполагающие регулярный прием препаратов, обладающих психотропными эффектами (имеющих психотропное действие). Таким образом, не только нервно-психические, но и другие заболевания (даже целый ряд других заболеваний и состояний) могут составлять причины (этиологический фактор) отклоняющегося развития (в той или иной степени являться причинами отклоняющегося развития). Без адекватных мер, снижающих влияние этих

факторов (то есть, без лечения и медицинской реабилитации) коррекция отклоняющегося развития не может быть достаточно эффективной, а в ряде случаев попросту невозможна. Планирование коррекционных мероприятий обязательно должно учитывать потребности ребенка в медицинском сопровождении (неврологическом, психиатрическом, педиатрическом).

Таким образом, одной из главных задач врача ПМПК является выявление или выделение тех медицинских проблем (заболеваний, патологических состояний), которые являются (или с большой вероятностью могут являться) причиной отклонений в развитии психических функций у данного ребенка.

В том случае, когда ребенок уже обследован в медицинских учреждениях, задача врача ПМПК состоит в том, чтобы оценить, насколько медицинский диагноз или даже несколько диагнозов, представленных в медицинской документации, которая имеется у родителей ребенка, объясняют имеющиеся отклонения развития. А также врач должен определить объем необходимых дополнительных обследований.

Однако опыт показывает, что далеко не все дети, попадающие на ПМПК, достаточно обследованы с медицинских позиций. Иные имеют несколько диагнозов, часто противоречащих один другому. В рамках деятельности ПМПК в современных условиях обязательно должно проводиться неврологическое (впрочем, как и психиатрическое) обследование ребенка, а не только анализ медицинской документации.

Проводя подобное клиническое обследование в условиях ПМПК, необходимо помнить о возможности случайного выявления серьезных патологических процессов, не имеющих на начальных стадиях четких клинических проявлений, но уже негативно влияющих на общее состояние, работоспособность, эмоциональный тонус и отражающихся в таких неспецифических симптомах, как головные боли, утомляемость, вялость или возбужденность. Поэтому, обследуя ребенка и анализируя его состояние, врач должен быть внимательным к каждому симптому и его синдромологическому и нозологическому контексту, не отбрасывая ни один из них как «неважный».

Несмотря на то, что врач ПМПК не определяет основные специальные условия получения образования, в первую очередь, образовательную программу, его роль в деятельности ПМПК чрезвычайно важна.

Можно говорить и об аналогичной для других специалистов этапности деятельности. К последним следует отнести:

- Знакомство с документами (результаты лабораторных исследований, медицинской картой, характеристикам на ребенка).

– Оценка истории развития в своей специализации (анамнез по документам и сведения от родителей).

– Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание собственной диагностической гипотезы с выходом на нозологический диагноз.

– Собственное диагностическое обследование в соответствии специализацией и особенностями ребенка.

– Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на профессиональный диагноз/заключение. Заполнение протокола ПМПК в своей части.

– Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и СОУ и постановкой нозологического диагноза.

– Участие в оформлении заключения.

– Участие в консультировании родителей.

При этом врач ПМПК может точно также использовать предлагаемые критерии оценки и их специфические показатели для варианта психофизического развития, наблюдаемого у ребенка.

К последним, являющимся специфичным для врачебного анализа следует отнести:

– Психофизические особенности.

– Клинический (нозологический) диагноз (по данным других медицинских специалистов).

– Поведение и регуляция деятельности.

– Социально-эмоциональная адекватность

– Коммуникация \ коммуникативная активность.

Точно также в рамках анализа психофизических особенностей именно врач ПМПК может использовать *систему оценки двигательных функций (GMFCS)*.

Система классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) применяется для объективной оценки уровня моторных нарушений у детей с церебральным параличом базируясь на их функциональных возможностях, потребности во вспомогательных устройствах и возможностях передвижения (Журба, Мастюкова, 1981). В принципе классификация может быть использована для оценки двигательной активности любых категорий детей.

Эта классификация была разработана сотрудниками Канадского университета МакМастер (McMaster University), переведена на многие языки мира и в данное время является общепринятым мировым стандартом (R. Palisano et al, 1997, Ключкова, Куренков и др., 2013).

По классификации GMFCS все особенности двигательных возможностей разделяются на пять уровней. Деление на уровни основывается на функциональных возможностях ребенка, потребности во вспомогательном оборудовании, включая оборудование для передвижения (ходунки, костыли, палочки, коляски) и в меньшей мере на качестве движений ребенка. Она концентрирует внимание на определении уровня, который лучше всего соответствует возможностям и ограничениям моторных функций ребенка на момент обследования. Акцент ставится на типичном поведении ребенка дома, в школе и в сообществе.

Поскольку развитие моторных функций связано с возрастом, то для каждого уровня классификации представлено отдельное описание состояния моторики больного для разных возрастных групп (до 2 лет, от 2 до 4 лет, от 4 до 6 лет, от 6 до 12 лет).

При этом по показателю «Двигательные возможности» критерия «Психофизические особенности» анализируемые и регистрируются (методом наблюдения) следующие степени выраженности показателя:

Уровень 1 – ходит без поддержки, ограничения в выполнении навыков, требующих совершенной моторики

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Может садиться самостоятельно, сидит без поддержки, в момент сидения может играть игрушками. Ползает на четвереньках, встает, переступает у опоры. Начинает ходить между 18 и 24 месяцами жизни, ходьба самостоятельная.
От двух до четырех лет	Встает и садится самостоятельно, в положении сидя играет игрушками, самостоятельная ходьба без поддержки взрослых как основной способ передвижения.
От четырех до шести лет	Самостоятельно встает из положения сидя (на полу, на стуле) без помощи рук. Также самостоятельно садится. Передвигается по дому и вне дома, поднимается по лестнице. Пытается бегать и прыгать.
От шести до двенадцати лет	Ребенок ходит по дому и вне дома, поднимается по лестнице без каких – либо ограничений. Выполняет все движения, включая бег и прыжки, но скорость и координация их выполнения не совершенны.
Уровень 2 – ходит без поддержки, но есть ограничения передвижения вне дома	

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Может сидеть самостоятельно, но для сохранения равновесия необходима опора на руки. Ползает либо на четвереньках, либо на животе. Может встать у опоры и передвигается вдоль опоры.
От двух до четырех лет	Сидит самостоятельно, но не устойчиво в тот момент, когда руки заняты игрушками. Садится и встает без посторонней помощи. Ползает на четвереньках (правильно, перекрестно). Ходит у опоры, ходьба с дополнительной опорой – основной способ передвижения.
От четырех до шести лет	Может играть игрушками в положении сидя (не нуждается в опоре на руки). Встает и с поверхности пола и со стула, но иногда должен оттолкнуться руками. Может самостоятельно без поддержки передвигаться по дому и проходить небольшие расстояния по ровной

поверхности вне дома. Может подняться по лестнице, держась за перила. Не может прыгать и бегать

От шести до двенадцати лет
Ходит по дому и вне его, поднимается по лестнице, держась за перила. Испытывает трудности при ходьбе по поверхности, в толпе и в незнакомой обстановке. Способности прыгать и бегать несовершенно и присутствуют не всегда.

Уровень 3 – ходит с помощью дополнительных средств, передвижение вне дома ограничено

Возраст До двух лет
Двигательные возможности ребенка
Может сидеть, если его поддерживают за нижнюю часть спины. Переворачивает и ползает на животе.

От двух до четырех лет
Может сидеть на полу с согнутыми и повернутыми внутрь ногами, иногда нужна помощь для того, чтобы сесть. Ползает на животе или на четвереньках (но нет правильного перекрестного ползания). Может вставать на твердой поверхности и делать несколько шагов. Может поворачиваться, менять направления движения и проходить короткие расстояния дома с дополнительной опорой или с помощью взрослых.

От четырех до шести лет
Может сидеть на обычном стуле, но, как правило, нужны поддержка для туловища или области таза для того, чтобы максимально освободить руки. Садится на стул и встает со стула с опорой на него руками или отталкиваясь от него. С дополнительной опорой передвигается по ровной поверхности, поднимается по лестнице с помощью взрослых.

От шести до двенадцати лет
Ходит по дому и вне его по ровной поверхности с помощью дополнительной опоры. Может подняться по лестнице, держась за перила. На большие расстояния самостоятельно передвигаться не может.

Уровень 4 – самостоятельное передвижение ограничено; передвигается либо в инвалидной коляске, либо перевозится на каком – либо транспорте

Возраст До двух лет
Двигательные возможности ребенка
Хорошо удерживает голову, но для сидения на полу необходима поддержка за туловище. Может перевернуться со спины на живот и обратно.

От двух до четырех лет
Посаженный – сидит, но неустойчиво, необходима опора на руки. Как правило, необходимы дополнительные устройства для сидения и стояния. Передвигается на короткие расстояния (по комнате) ползком на животе и перекачиваясь или на четвереньках, но без перекрестного ползания

От четырех до шести лет
Для максимального освобождения рук кресло должно быть специально оборудованным (поддержка для туловища). Выбирается из кресла и садится в него либо с помощью взрослых, либо опираясь или отталкиваясь от кресла с помощью рук. В лучшем случае может пройти короткое расстояние с помощью других людей и дополнительных устройств, но не может поворачиваться и не может быть устойчивым даже на ровной поверхности. Способ передвижения – инвалидная коляска либо другой транспорт.

От шести до двенадцати лет
Как правило, те же навыки, что и до 6 лет

Уровень 5 – самостоятельная подвижность грубо ограничена даже с применением вспомогательных средств

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Отсутствует произвольный контроль над двигательными функциями. Не удерживает голову, не сидит, не приподнимает грудь в положении лежа на животе. Необходима помощь взрослых для переворота
От двух до двенадцати лет	Двигательные нарушения ограничивают произвольный контроль движения и возможность держать вертикально голову и туловище. Ограничены все двигательные функции. Несмотря на использование различных вспомогательных средств и оборудования, полная компенсация двигательных нарушений не возможна. Нет возможности самостоятельного передвижения.

Особенности деятельности врача-невролога в составе ПМПК

Клиническое обследование детского невролога должно включать (и пусть кратко, но быть отражено в протоколе) описание телосложения и внешнего вида ребенка, которое несет существенную диагностическую информацию:

- наличие так называемых стигм дисэмбриогенеза (физических аномалий), которые могут указывать на генетические нарушения или повреждение плода во время закладки органов;
- непропорциональное телосложение или дисплазии, которые нередко сопровождают хромосомные нарушения;
- признаки существенного отставания или опережения в физическом развитии возрастных показателей;
- проявления эндокринной патологии, нередко сопровождающейся психозендокринными нарушениями.

Отсюда помощь детям с отклоняющимся развитием в контексте деятельности врача-невролога должна стремиться к тому, чтобы максимально учитывать, как этиологические, патогенетические факторы, так и феноменологические. В подавляющем большинстве случаев это подразумевает включение медицинской помощи (лечения и медицинской абилитации \ реабилитации).

Приведем основные диагностические задачи врача-невролога, в ситуации его работы в составе ПМПК. К ним следует отнести:

- Оценка состояния ребенка: определение наличия знаков текущего или имевшего место ранее неврологического заболевания.
- Ориентировочная оценка особенностей моторного, речевого и психического развития, в соотношении с неврологическим статусом ребенка (наличием или отсутствием неврологической патологии).

- Постановка неврологического диагноза.
- Определение необходимости проведения медикаментозного лечения, иных способов лечебного вмешательства (например, проведение курса ЛФК, лечебного массажа) и, в связи с этим, направление ребенка в соответствующие внешние организации, рекомендации по возможным немедикаментозным мероприятиям.

Далеко не все дети получают адекватную медицинскую помощь, поэтому еще одной задачей врача ПМПК является не пропустить пациентов, нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении, объяснить родителям необходимость этих мероприятий, направить ребенка в соответствующие лечебные и диагностические учреждения.

В неврологическом обследовании большое значение имеет сбор анамнеза и жалоб. Поскольку родители не всегда самостоятельно вспоминают важные для врача (для медицинской диагностики) симптомы, необходим активный сбор жалоб, направленный на выявление патологических движений, привычек, поведенческих отклонений, нарушений сна, аппетита, болевых ощущений, выяснение особенностей поведения ребенка в различных ситуациях, его учебной и игровой деятельности, общения с окружающими, навыков самообслуживания и опрятности. Эта информация может (и должна) «пересекаться» с соответствующей информацией, получаемой врачом-психиатром. Только в этом случае возможен так называемый «целостный» объемный анализ состояния ребенка. Из беседы с родителями врач может получить данные о переносимости ребенком психических и физических нагрузок, воздействия различных физических факторов, его обычном самочувствии, настроении, активности, эмоциональных и вегетативных реакциях.

Анамнестические сведения включают: наследственность, течение ante- и перинатального периода, врожденную патологию и аномалии развития, перенесенные заболевания, последовательность и сроки моторного, эмоционального, социального и речевого развития.

Естественно, что собрать в условиях ПМПК полный анамнез очень сложно. Но важно получить наиболее важные, основополагающие анамнестические данные, опираясь на соответствующую технологию его сбора вполне возможно.

Объективное неврологическое обследование помимо рутинного неврологического статуса включает более углубленное исследование моторных функций.

В процессе наблюдения за ребенком оценивается:

- Уровень спонтанной моторной активности ребенка, ее характер и преимущественная локализация (хаотичные, стереотипные, ритмичные движения, автоматизмы, тонические напряжения мышц, локомоторные движения, движения

преимущественно в проксимальных или дистальных отделах конечностей, мимических, артикуляционных мышц).

- Внутренняя и внешняя организованность движений.
- Эмоциональный и вегетативный компоненты моторной активности.
- Ее изменения под воздействием различных внешних и внутренних факторов (привыкание к обстановке, утомление, уход родителей). То есть должна быть оценена динамика моторной активности в зависимости от изменяющихся окружающих условий. Отмечаются факторы, провоцирующие патологическое усиление моторной активности или появление ее специфических форм.

После исследования неврологического статуса проводится оценка уровня моторного развития по результатам выполнения сложных произвольных движений (моторных проб). Обращается внимание не только на возможность выполнения движений, но и на их качество. Удобным в нашей практике оказалось выражение уровня развития моторики в возрастном показателе (т.е. ее соответствие какому-либо возрасту, вплоть до 10 лет). При этом отдельно оценивается развитие общих движений и мелкой моторики рук.

Очень важным представляется исследование произвольной регуляции движений и позы. Оно включает: исследования произвольного контроля мышечного тонуса, контроля позы, оценку плавности движений (соотношения тонического и фазического компонентов двигательного акта), переключаемости движений, произвольного контроля амплитуды и силы движения, оценку синкинезий, активности моторных автоматизмов. Оценка произвольной регуляции движений проводится частично в процессе исследования неврологического статуса, частично в процессе тестирования уровня моторного развития. При необходимости добавляются специальные тесты, позволяющие оценить те или иные компоненты произвольной регуляции движений.

Уровень развития произвольных движений и специфика моторной регуляции является важной составной частью не только феноменологии, но и патогенеза различных вариантов отклоняющегося развития. Соответственно коррекция моторных функций является важным звеном общей коррекционной работы с ребенком. Поэтому неврологическое обследование ребенка нацелено не только на выявление неврологической патологии в соответствии с принятой классификацией, но и на оценку функционирования различных уровней моторного контроля.

Таким образом, для успешного решения задач психолого-медико-педагогического консультирования в неврологическом заключении (которое в кратком виде должно быть занесено в протокол ПМПК) должны быть отражены: внутренние (эндогенные) причинные факторы (этиология и патогенез) конкретного варианта отклоняющегося

развития (т.е. собственно неврологический диагноз), уровень зрелости сенсомоторных функций ребенка и особенности моторной регуляции.

Особенности деятельности врача-психиатра ПМПК

Психопатологическое исследование ставит своей целью изучение отклонений в психическом состоянии ребенка. Его данные позволяют выявить особенности психического развития и установить соответствующий клинический диагноз. Кроме этого, при психопатологическом исследовании возможно определение признаков текущего психического заболевания, что очень важно для своевременной медикаментозной коррекции состояния.

Диагностические задачи врача-психиатра:

– Оценка характер контакта, адекватность поведения и его соответствие возрасту ребенка, наличие признаков каких-либо отклонений в психическом здоровье (психических заболеваний), в том числе, соотнесенных с данными медицинских документов и историей развития ребенка.

– Оценка (в вероятностном плане) адаптации ребенка в образовательном учреждении и необходимые для этого условия, в том числе и необходимость сопровождения ребенка врачом-психиатром, в том числе, и необходимость дополнительных исследований и/или медикаментозного лечения.

– Постановка (при необходимости) нозологического психопатологического диагноза.

При психопатологическом обследовании и в разговоре с родителями необходимо обратить внимание на следующие особенности психического состояния ребенка:

Обидчивость, плаксивость, пугливость. Понижение эмоциональной возбудимости: эмоциональная вялость, холодность. Патологическая длительность переживаний, склонность к застреванию на отдельных переживаниях. Сверхценные эмоциональные переживания. Быстрота отреагирования эмоций, способность к переключению. Склонность к быстро проходящим или длительным вспышкам эмоционального возбуждения.

Неадекватные аффективные проявления (злоба, гнев, тоска, страх), в том числе их сила и продолжительность. Наличие навязчивых или сверхценных идей и интересов.

Особенности инстинкта самосохранения (снижен, повышен), эгоизм, патологическая жадность, чрезмерная жестокость, повышенная сексуальность, онанизм, повышенное влечение к еде. Извращение влечений в целом, в том числе, пищевых (грубая избирательность в еде или, наоборот, поедание непищевых объектов. В более старшем возрасте – булимия и параллельно с ней «идущая» анорексия).

Важно понять установки в отношении себя и внешнего мира, социальные установки. Отмечается насколько ребенок стеничен, активен или, наоборот, пассивен, неуверен в себе, тревожен.

Необходимо хотя бы косвенно оценить его общительность (избирательная общительность), отношение к близким и сверстникам. При сборе анамнеза также необходимо выяснить такие характеристики, присущие ребенку, как: отзывчивость, замкнутость, недоверчивость, скрытность и т.п.

В контексте анализа когнитивной сферы, что также должно находиться в «поле зрения» врача-психиатра, необходимо оценить специфические особенности таких компонентов как:

Восприятие: точность, ясность, дифференцированность. Изменения качества восприятия: нарушения схемы тела, времени, ощущение отчужденности переживаемого. Обманы восприятия: иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. Отношение ребенка к обманам восприятия: критическое, аффективное, безразличное.

Мнестические процессы: быстрота запоминания, точность воспроизведения. Расстройства памяти на прошлые и текущие события: псевдореминисценции, конфабуляции, различные виды амнезии (ретроградная, антероградная, амнестическая афазия).

Мыслительная деятельность: правильность, последовательность, логичность, способность к обобщениям, суждениям и умозаключениям. Склонность к схематизации, резонерству, вычурности, витиеватости, наличие паралогий в умозаключениях. Расстройства мышления: ускорение или замедление, наплывы или обрывы («потери») мыслей, раздвоение или разорванность мышления, отчуждение мыслей. Автоматизации мышления: прилипаемость и стереотипность, персеверативность мышления. Навязчивые мысли, их содержание, отношение к ним больного. Бредовые идеи, склонность к их систематизации. Зависимость бредовых идей от аффективных нарушений и расстройств восприятия. Резидуальный бред. Наличие бредоподобных фантазий.

Проводя психопатологическое обследование, врач должен подчиняться общим правилам клинической диагностики, выраженным в тезисе «от симптома к синдрому, от синдрома – к нозологическому диагнозу». Корректность клинической диагностики проявляется в соответствии диагноза врача ПМПК общепринятой классификации болезней (на сегодняшний день это МКБ-10) с использованием утвержденных в ней нозологических критериев.

В то же время традиционный узко нозологический подход к диагностике часто оказывается недостаточным для решения проблем социальной адаптации и обучения

ребенка с отклонениями в развитии. Ведь даже квалифицированно установленный диагноз типа «неврастения», «органическое расстройство личности» или «гиперкинетическое расстройство поведения» не определяет в прямой зависимости особенности школьных трудностей конкретного ребенка. Нозологический диагноз учитывает болезненные расстройства, а не индивидуальные личностные особенности ребенка, его учебной мотивации и школьной адаптации. В то время как клинические проявления болезненных расстройств могут быть минимальными, учебная неуспешность при определенных условиях становится выраженной и хронической из-за личностных и мотивационных особенностей ребенка. Отсюда медицинский диагноз не должен быть приоритетным в определении специальных образовательных условий, необходимых ребенку, но лишь учитываться в плане дополнительной коррекционной помощи (внешний абилитационный маршрут) и, что более важно, в плане возможного прогноза состояния ребенка.

Основная литература

1. Клочкова, О.А., Куренков, А.Л., Намазова-Баранова, Л.С. и др. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича на фоне ботулинотерапии и комплексной реабилитации //Вестник РАМН, № 11, 2013, С.38-48.

2. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985, 2-е издание испр. Издательский центр «Академия», 2004.

3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; Спб.: Речь , 2003.

Дополнительная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М. Сеаго, Н.Я. Сеаго. – АРКТИ, 2014.

2. Сеаго, М.М., Сеаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.

3. Сеаго, Н.Я., Чиркова, О.Ю., Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие – М.: ГЕНЕЗИС, 2011