

Интеграция образования и психиатрической помощи детям с тяжелыми эмоционально-волевыми нарушениями: цели, стратегии и международный опыт

Совместный проект Медицинской газеты «Здоровье Украины XXI столетия» и отдела медико-социальных проблем терапии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев

Продолжение. Начало в тематическом номере
«Неврология. Психиатрия. Психотерапия», № 1, 2013 г.

Участники проекта

Доктор Лаура Диббл (Laura Dibble) — известный в США специалист по терапевтическим программам, совмещающим терапию и обучение детей с тяжелыми психическими расстройствами. Доктор Диббл основала специальную дневную терапевтическую программу, которая позволяет детям с тяжелыми эмоциональными нарушениями, РАС получить образование в наиболее благоприятных условиях.



Юлия М. Эрц-Нафтульева — член Израильской ассоциации сертифицированных аналитиков поведения Международной ассоциации поведенческого анализа, известный в Израиле и России специалист по прикладному поведенческому анализу и инклюзивному обучению детей с расстройствами спектра аутизма.



Роль тьютора

Для осуществления перехода от одного уровня функционирования аутичного ребенка в инклюзии к другому требуется сложная работа педагогического коллектива и высокопрофессиональные действия тьютора — сопровождающего ребенка, который является ключевой фигурой в процессе включения.

Вследствие особенностей восприятия обучение в среде нормально развивающихся сверстников не является простым и легким процессом для детей с РАС. Аутичному ребенку, у которого наблюдаются отставание в развитии речи, низкая социальная мотивация, а также гиперили гипочувствительность к отдельным раздражителям, сложно установить контакт со сверстниками без помощи взрослого. Таким образом, сопровождение ребенка тьютором может стать основным, если не самым необходимым компонентом, который приведет к успеху в программе инклюзии (Harrower & Dunlap, 2001).

Однако роль тьютора не ограничивается лишь сопровождением ребенка. Тьютор является своего рода связующим звеном, главная задача которого — координация взаимодействия между основными участниками инклюзивного процесса: самим ребенком, родителями, сверстниками, педагогом. Выполняя свою ключевую роль, тьютор целенаправленно работает над достижением основной цели — привести ребенка к максимально успешному развитию в инклюзивной среде, при этом не нарушая кардинальным образом привычный уклад самой среды (то есть не превращая инклюзивную среду в коррекционную).

С одной стороны, важно обучить ребенка приспособиться к социальным правилам, распорядку дня, сенсорным раздражителям, которые находятся в естественной среде, а с другой — научить окружающих (как взрослых, так и сверстников) с пониманием относиться к особенностям аутичного ребенка и воспринимать его как неотъемлемую часть общества.

Подготовка тьюторов

В западной практике нет строгих ограничений для набора на работу членов персонала, выполняющего роль тьютора. Тьюторы могут обладать минимальной квалификацией в области педагогики или психологии, а иногда и не иметь никакого профильного образования (Scheris, Reid, Ownbey & Parsons, 2001). Процесс подготовки тьюторов включает предоставление письменного руководства и вербальных инструкций, индивидуальное сопровождение и тренинг, ролевые игры и наличие обратной связи.

Целью подготовки является обучение тьютора применять стратегии инклюзии разной степени интенсивности и уровня сопровождения (Parsons, Reid & Green, 1996). Тьютор должен обладать умением выбрать подходящую стратегию в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. Например, если у ребенка развито визуальное восприятие, следует отдать предпочтение визуальным вспомогательным материалам. Если же у него низкая мотивация к обучению, необходимо выстроить внешнюю систему поощрений. Если у ученика отсутствует инициатива для социального взаимодействия, тьютор организует окружающую среду таким образом, чтобы побудить и закрепить эту инициативу (Scheris, Reid, Ownbey & Parsons, 2001).

Кроме того, тьютору следует привлекать других детей в процесс работы с детьми с РАС и впоследствии осуществлять инклюзию посредством сверстников. Для этого тьютор должен обладать определенной харизмой, а также навыком применения поведенческих стратегий не только в работе с аутичным ребенком, но и с его сверстниками (Scheris, Reid, Ownbey & Parsons, 2001). Применяя подсказки и поощрения при обучении аутичного ученика реагировать на инструкции, тьютор должен научить сверстника обращаться к ребенку с РАС с инструкциями и поощрять его. Например, когда учитель дает задание в классе списать с доски предложение, вместо тьютора к ребенку обратится его сверстник и скажет: «Андрей, нужно переписать с доски. Смотри, как я делаю». Но для того чтобы прийти к этому, на начальном этапе тьютору необходимо обучить ученика обращаться к аутичному ребенку и направлять его, а также объяснить, что тот должен смотреть на сверстника и реагировать на его обращения.

Этот вид обучения на начальном этапе может выполняться в паре, когда тьютор дает обоим детям одно задание на двоих, учит каждого из них обращаться к партнеру и выполнять инструкции друг

друга по очереди (Harrower & Dunlap, 2001). Тьютор должен использовать поощрения как для аутичного ребенка, так и для его сверстника — часто хвалить, предоставлять жетоны, наклейки и др. Также тьютор должен постепенно уменьшать подсказки и отдаляться, чтобы у детей была возможность взаимодействовать друг с другом без его вмешательства.

Социальное взаимодействие со сверстниками

Отдельной целью инклюзии является работа над социализацией и социальным взаимодействием.

Взаимодействие сверстников с аутичными детьми можно представить в виде шкалы, начало которой может включать негативное отношение к ребенку с РАС, в крайних случаях выражаемое в форме издевательств или физического насилия, или же полностью противоположное — дружелюбие и понимание (рис. 2).

Для достижения целей необходима интенсивная работа над развитием сильных сторон аутичного ученика и поиском общих со сверстниками интересов (Taubman, Leaf, McEachin, 2011). В этом случае эффективны стратегии «естественного обучения», освоения ключевых навыков и подкрепления инициативы по отношению к сверстникам. Также целесообразно включение стратегий самоуправления и самоконтроля.

3. Навыки взаимодействия и сотрудничества со сверстниками. Для того чтобы сверстник мог выступать в роли посредника или тьютора, задачей педагогического коллектива является обучение ребенка сотрудничать со сверстником — выполнять его инструкции, обращаться к нему с запросами, отвечать на вопросы, участвовать в игровой деятельности и т.д. (Taubman, Leaf, McEachin, 2011). Также важно работать над уменьшением контроля со стороны взрослых и перенесением



Рис. 2. Взаимодействие сверстников с аутичными детьми

Данный спектр взаимоотношений является показательным не только в отношении детей с аутизмом, но и во взаимоотношениях с любым ребенком. Основная задача инклюзии в этой области — научить ребенка с РАС необходимым навыкам, для того чтобы как можно скорее прийти к развитию дружественных взаимоотношений, даже если они будут развиваться только с одним из сверстников, а не с целой группой. При наличии у аутичного ученика характерных дефицитов в развитии навыков социализации вряд ли следует ожидать, что он окажется в центре постоянного внимания со стороны сверстников и займет лидерскую позицию.

Инклюзивная среда представляет собой необходимую и, вероятно, единственную среду, в которой могут развиваться навыки, приведенные ниже.

1. Навыки социального выживания. При наличии обид и издевательств со стороны сверстников аутичный ребенок должен приобрести навыки понимания и решения социальных проблем. Эта задача является особенно сложной для ученика с РАС, который не всегда может распознать проблему, быстро и адекватно на нее отреагировать (Ross & Horner, 2009). «Социальные истории» как стратегия вмешательства в комбинации с праймингом, моделированием необходимых реакций и предоставлением обратной связи могут быть эффективными, научить аутичного ребенка правильно оценивать ситуацию и защищать свое достоинство.

2. Навыки включения в коллектив и привлечения к себе внимания сверстников. Данные навыки могут способствовать преодолению социальной отстраненности и неприязни со стороны сверстников.

такового над действиями ученика на сверстника. Эффективными будут стратегии отсроченных поощрений, постепенного уменьшения подсказок, среди которых основная — включение посредством сверстников.

4. Развитие дружественных взаимоотношений и предоставление эмоциональной поддержки. В ситуации, когда общение со сверстником формируется в развитии близких дружеских взаимоотношений, в помощь аутичному ребенку могут прийти дополнительные виды терапии, которые выходят за рамки инклюзии. Таким видом воздействия может стать метод развития взаимоотношений, с помощью которого выполняются вмешательство, формирование навыков дружбы и эмоциональной поддержки (Gutstein & Sheely, 2003). Также развитие данных навыков можно осуществлять с помощью поведенческого подхода и отдельных упражнений для расширения понимания перспективы другого человека, социальной осведомленности и других важных компонентов человеческих взаимоотношений (Taubman, Leaf, McEachin, 2011).

Лаура Диббл:

— Теперь немного о том, как работает дневная терапевтическая программа для детей с тяжелыми эмоциональными нарушениями в Сиракузах, о функциях, которые выполняют различные специалисты в нашем центре, и о применяемых терапевтических вмешательствах.

При проведении терапии используется командный подход. Устанавливаются конкретные цели для каждого ребенка и

Продолжение на стр. 52.

Интеграция образования и психиатрической помощи детям с тяжелыми эмоционально-волевыми нарушениями: цели, стратегии и международный опыт

Продолжение. Начало на стр. 51.

участников программы. Команда специалистов и семья ребенка регулярно обсуждают достигнутые результаты, существующие проблемы и пересматривают цели по мере необходимости. Итоги обсуждения фиксируются и доступны для любого члена команды. Все специалисты стараются помочь ребенку в пределах своей компетенции, ставят свои цели, работая в рамках общей терапевтической стратегии.

Особое место в нашей программе занимают специалисты по уходу за детьми, которые непосредственно контактируют с учащимися в классе и за его пределами в течение дня (тьюторы). Это не просто помощники учителя, интеграторы — они обладают специализированными навыками и выполняют важные терапевтические функции. Специалисты по уходу за детьми обучены тому, как научить ребенка социальным навыкам, как помочь ему справиться с импульсивностью и периодами отчаяния, в их функции входят мониторинг изменений и регулярное обсуждение с ребенком целей и успехов в их достижении.

Детский психиатр выполняет особую функцию, встречаясь с ребенком раз в неделю, работает непосредственно с ним, ставя индивидуальные терапевтические задачи. Кроме того, врач отдельно с родителями обсуждает все возникшие вопросы.

Социальные работники и психологи выполняют в программе функции терапевтов для детей, проводят групповую терапию, обеспечивают работу нескольких специализированных терапевтических групп. В их задачи также входит обеспечение всех детей советами и поддержкой.

Кроме того, у нас есть две медсестры, которые занимаются разнообразными общемедицинскими, а также психологическими проблемами учащихся, выполняя большой объем работы по консультированию и обучению, работая как с детьми, так и с их семьями. Например, к сфере их компетенции относится обучение родителей мониторингу побочных эффектов препаратов, что может в значительной мере повлиять на формирование у родителей больного ребенка приверженности к лекарственной терапии, помочь им почувствовать себя уверенно и комфортно.

Все учителя, работающие в программе, имеют специальное образование, позволяющее учитывать особые потребности детей в процессе обучения.

Сенсорные нарушения и аутостимуляция

Ежедневно приходится сталкиваться с целым спектром сенсорных нарушений у наших пациентов, принимающих участие в дневной терапевтической программе. Консультации детского психиатра, физиотерапевта и логопеда позволяют разработать стратегию борьбы с сенсорными нарушениями. Специалисты по уходу за детьми обеспечивают выполнение детьми индивидуальных программ сенсорной коррекции. Учитель физкультуры, физиотерапевт и логопед могут самостоятельно проводить коррекцию сенсорных нарушений в пределах своей компетенции.

Сенсорные проблемы у учащихся могут быть представлены вестибулярными нарушениями, сопровождаясь нарушениями позы и двигательными расстройствами; проявляться снижением или повышением тактильной и глубокой проприоцептивной чувствительности, сопровождаться повышенной заинтересованностью в телесном контакте или избегании его. Дети могут иметь повышенную

или пониженную чувствительность к звукам, необычные вкусовые предпочтения. У некоторых из них наблюдается целый спектр сенсорных нарушений разных модальностей.

В нашем распоряжении — специальный инструментарий для коррекции сенсорных нарушений у детей. Этот сенсорный инструментарий, к которому относятся мячи, маты, особые сидения, обтягивающие тело сенсорные жилеты, носки, одеяла с утяжелителями, большие круглые резинки на стол, крупные эластичные игрушки, которые можно сжимать в объятиях, двигать, специальные жевательные резинки, системы с наушниками для аудиостимуляции, доступен для использования в каждом классе.

Кроме того, используются специальные школьные доски, представляющие собой интерактивные диалоговые системы для коррекции сенсомоторных нарушений (Win a SMART Board interactive whiteboard system).

Важным ресурсом для сенсорной коррекции являются помещения, лишенные сенсорных раздражителей, в которых учащиеся могут уединиться с целью успокоения.

За пределами учебных помещений находится дополнительное оборудование, которое слишком громоздко для работы в классе, например батуты, скутеры. Этот инструментарий может применяться детьми, которым полезны высокоамплитудные движения.

Еще одним методом сенсорной стимуляции является разрешение учащимся принимать пищу во время урока. Терапевтически полезными могут быть как процесс пережевывания пищи, так и стимуляция вкусовых рецепторов, повышение уровня глюкозы в сыворотке крови.

Нарушения активности и внимания

Тяжесть нарушений активности и внимания в США оценивают с помощью диагностических критериев DSM-IV-TR в процессе клинического интервью. Большинство поступающих к нам детей также имеют результаты специального психологического тестирования с использованием шкал Коннора, BASC-рейтингов. Результаты психометрических оценок не позволяют непосредственно определить тяжесть дефицита внимания, но помогают при ее оценке. Приходится собирать дополнительную информацию, наблюдая за поведением ребенка в классе и вне учебного процесса. В итоге, все полученные данные рассматриваются в контексте ребенка, среды, истории жизни и заболевания.

Одна из задач учителя во время урока — добиться восприятия ребенком учебного материала. Такие педагогические формы помощи принято называть психосоциальной терапией. В процессе урока учитель излагает информацию ребенку с дефицитом внимания дискретно, дает тестирующие задания, последовательно привлекая его внимание к каждому новому заданию. Для занятий важно обеспечить обстановку с минимальным количеством отвлекающих раздражителей, периодически проводить сенсорную активацию учащегося, учитывая его сенсорные особенности. Полезными могут быть комплекс физических упражнений во время урока, позитивное эмоциональное подкрепление, стимуляция жевательной мускулатуры. Также используется система Win a SMART.

Возможности психофармакотерапии в коррекции нарушений активности и внимания у детей также широко используются в нашей программе. Применяются как психостимуляторы (метилфенидат и амфетамин), так и нестимуляторы (альфа-

агонисты и атомоксетин). Из альфа-агонистов предпочтение отдается клонидину и гуанфацину с замедленным высвобождением. При наличии ассоциированной с невнимательностью агрессии возможно применение атипичных антипсихотиков, прежде всего рисперидона и арипипразола. Высокая эффективность и безопасность делают психостимуляторы у детей с расстройствами с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) предпочтительными препаратами, которые назначаются учащимся, несомненно, чаще других лекарственных средств.

Импульсивность, эмоциональная лабильность и поведенческие нарушения

В рамках дневной терапевтической программы проводится работа только с детьми, у которых основополагающими являются тяжелые эмоциональные нарушения, а поведенческие нарушения вторичны. Не все расстройства поведения являются показанием для направления в программу. Большинство учащихся не имеют оппозиционного или антисоциального расстройства поведения.

При отборе детей для программы важно изучить их окружение (группы первичной поддержки), возможные психические травмы, причины душевной боли, вероятность наличия семейной дезадаптации, бедности, игнорирования и пренебрежения, признаков депрессии и оценить возможность коррекции этих проблем.

Обычно дети, единственной проблемой которых является оппозиционное или антисоциальное поведение и отсутствуют другие психические расстройства, не принимаются. Для таких учеников больше подходят программы, в которых применяется иной поведенческий подход. Были случаи, когда дети с изолированными поведенческими расстройствами попадали в программу, но практика показала, что в таких случаях перенаправление оказалось лучшим решением.

Каждый учащийся дневной терапевтической программы имеет индивидуальный план обучения и решения проблем, связанных с нарушениями поведения в классе, в том числе преодоления импульсивности и эмоциональной лабильности. Такой план включает именно те методы, которые лучше работают у каждого конкретного ребенка. Каждый индивидуальный план преодоления учеником поведенческих проблем во время занятия должен быть тщательно выстроен с его участием и пересматриваться по мере необходимости.

Каждый ребенок имеет копию плана своих целей, размещенную на учебном столе. Там же находится индивидуальный алгоритм действий, позволяющий ему справиться с фрустрацией, тревогой и гневом. Широко применяются различные сенсорные методы, направленные на то, чтобы успокоить фрустрированного ребенка во время занятия. При необходимости применяют технические средства обучения, в том числе компьютеры и визуальный материал.

Медикаментозная терапия

В программе не используются какие-либо физические или фармакологические способы сдерживания. Часто добровольно применяются тайм-ауты, или «паузы на удалении». Они инициируются самими детьми по мере необходимости и являются формой помощи ребенку, а не средством наказания.

Время занятия четко структурировано на периоды работы с учителем, отдыха и самостоятельного выполнения заданий. Изучение сильных и слабых сторон каждого ребенка позволяет индивидуализировать процесс обучения, уменьшить разницу в уровнях подготовленности и максимально использовать потенциал развития каждого учащегося. Малые группы для обучения и индивидуальные

занятия используются тогда, когда в этом возникает необходимость.

Лекарственная терапия, которая применяется, ориентирована в большей степени на психические проблемы ребенка, чем на управление разрушительным поведением. Как уже отмечалось, не используется фармакологическое сдерживание неприемлемых форм поведения. Такое поведение может являться следствием различных психических расстройств.

В нашем центре есть дети с полным спектром психиатрических диагнозов: расстройствами настроения, тревожными расстройствами, психозами, нарушениями из спектра аутизма, посттравматическим стрессовым расстройством и разрушительными расстройствами поведения (РДВГ, оппозиционно-вызывающим, антисоциальным расстройством поведения).

Детям с РДВГ прежде всего назначают психостимуляторы. Расстройства поведения могут также реагировать на такую терапию, будучи ассоциированными с дефицитом внимания и импульсивностью. Есть возможность назначения детям разнообразных психостимуляторов, в том числе с различными фармакокинетическими свойствами в течение разных периодов времени. Многие ученики в рамках дневной терапевтической программы не имеют РДВГ и не нуждаются в назначении психостимуляторов.

Антипсихотические препараты используются при проявлениях агрессии, нестабильности настроения и психозах. Для стабилизации настроения также используются литий и различные тимолептики, прежде всего соли вальпроевой кислоты. Антидепрессанты рекомендуются при тревоге и депрессии. Бензодиазепины применяют очень редко.

Все эти лекарственные средства могут быть эффективны для снижения тяжести разрушительного поведения, поскольку дети могут вести себя таким образом, если они озабочены, подавлены, находятся в состоянии психоза или перенесли психическую травму. Атипичные антипсихотики в низких дозах относятся, вероятно, к числу наиболее часто назначаемых препаратов у детей с разрушительным поведением, наряду с альфа-агонистами и психостимуляторами.

Ноотропная, нейрометаболическая и нетрадиционная медицина

В настоящее время в США не используют ноотропы. В Мексике используется пирацетам, но его применение не основывается на принципах доказательной медицины. Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) пирацетам исключен из списка препаратов и отнесен к биологически активным добавкам. Согласно исследованию, проведенному в 2006 г. группой ученых во главе с Н. Лобафом, пирацетам не подтвердил своей эффективности при лечении когнитивных нарушений у детей. Так, у 18 детей с синдромом Дауна после четырехмесячного курса терапии когнитивные функции остались на прежнем уровне, у четырех — сексуальная расторможенность, интерес к сексу, в одном — бессонница, в одном — отсутствие аппетита. Ученые пришли к выводу, что пирацетам не обладает доказанным терапевтическим эффектом по улучшению когнитивных функций, но обладает нежелательными побочными эффектами. Гопантеновая кислота (пантогам, пантокальцин) и актовегин также не применяются в нашей стране.

В США существует целая отрасль медицины, которая называется комплементарной, или альтернативной. К ней относятся такие методы лечения, как акупунктура, использование лечебных трав. Истоки многих парамедицинских практик своими корнями связаны

сразнообразными культурными особенностями — традициями и верованиями людей, образовавшими нашу нацию. Мы с уважением относимся к этим традициям и практикам врачевания при условии безопасности их применения.

В дневной терапевтической программе не используются нетрадиционные методы лечения, в этом не возникает необходимости. У нас было мало учащихся, которые использовали специальные безглютеновые и безказеиновые диеты, не было детей, получавших пищевые добавки в качестве единственного лекарственного средства.

Психотерапевтические формы помощи

Обычно групповую, индивидуальную и семейную терапию удается сочетать. Индивидуальная терапия предполагает применение когнитивно-поведенческих техник, психодинамической терапии (по показаниям), а также проведение поддерживающего психологического консультирования. У детей с последствиями психической травмы наряду с семейной терапией широко используется игровая. Следует также отметить, что все сотрудники программы рассматривают каждое взаимодействие с ребенком как потенциально терапевтическое и всегда применяют свои навыки таким образом, чтобы способствовать достижению его целей.

Заключение

Процесс инклюзии детей с аутизмом в общеобразовательную систему может отличаться от включения таковых с другими расстройствами и особенностями развития. Такие характерные черты, как недоразвитие навыков речи и социального взаимодействия, моторные нарушения, отсутствие баланса в интеграции сенсорных стимулов, пристрастие к рутинным действиям и узкий круг интересов, могут стать существенной преградой для включения ребенка с аутизмом, независимо от уровня развития интеллекта или академических способностей (Joseph, Tager Flusberg & Lord, 2002).

Для того чтобы дети с РАС могли преодолеть данные сложности и обучаться в обычном классе, требуется применение специфических методов и стратегий, эффективность которых доказана в исследовательской литературе. Оценка уровня того багажа знаний и способностей, с которым ребенок начинает получать образование, помогает выделить дополнительные цели для обучения, помимо приобретения академических навыков, а также выбрать методы, соответствующие его возможностям (Sundberg, 2008).

Стратегии включения представляют собой широкий спектр разнообразных методов обучения, с тем или иным уровнем сопровождения и интенсивности поддержки и в большинстве основываются на АВА. Большая часть методов включает использование методологии подсказок, поощрений и структуризации обучающего процесса. Данные стратегии применяются в комплексе, уровень сопровождения и использования которых зависит как от индивидуальных способностей ученика, так и от динамики его развития при включении в коллектив нормально развивающихся сверстников.

Постепенный переход от сопровождения взрослым к тьюторству сверстников и самостоятельному управлению собственной деятельностью позволяет аутичному ребенку приобрести необходимые навыки и успешно выполнить школьную инклюзию (Hagtower & Dunlap, 2001). Кроме того, при самом включении в коллектив для приобретения академических знаний ребенок с аутизмом должен получить функциональные навыки социального взаимодействия, которые являются необходимыми для выживания в любой социальной среде, не только в образовательной. Умение отстаивать свои

права и свое достоинство, найти общие интересы со сверстниками, сотрудничать и взаимодействовать с ними, а также поддерживать дружбу и близкие отношения — все эти навыки необходимы для достойной жизни в социуме и являются предпосылкой к дальнейшей самостоятельной жизни вне школы (Taubman, Leaf, McEachin, 2011).

Процесс инклюзии требует слаженной работы врача, психолога и педагогического коллектива, применения специфических методов и методик, восприятия инклюзии как процесса, интегрирующего терапевтическую помощь, являющуюся сферой компетенции детского психиатра, с психологической и коррекционно-педагогической помощью.

Комплексность процесса инклюзии, как и комплексность человеческих взаимоотношений, не имеет единственного пути решения всех проблем и затруднений. Особенности каждого ребенка с аутизмом, возможности среды, куда он будет включен, профессионализм и мотивация педагогов представляют собой сложный механизм факторов, для отлаженной работы которого необходим выбор целей и стратегий инклюзии на индивидуальной основе.

Проводится большая работа по социальной интеграции наших детей в сообщество: регулярно устраиваются выезды в местные парки для пикников и занятий спортом, посещения концертов и художественных выставок, походы с детьми на рынок, посещение фермерских хозяйств. Одно из занятий предполагает предоставление возможности детям работать с местным фотографом, чтобы научиться пользоваться камерой и приобрести важные навыки социальной компетентности, поскольку американцы любят фотографировать и часто это делают. Все дети неделю проводят в летнем лагере, где они интегрированы с обычными детьми, имеют возможность покататься на лодке, поупражняться в плавании, стрельбе из лука, могут ловить рыбу и участвовать в природоохранной деятельности. Приобретенный опыт помогает ребенку сломать барьеры и приобрести позитивный опыт социальной инклюзии. Важно отметить, что дети обычно демонстрируют отличное поведение во время таких занятий.

С целью защитить детей от психиатрической дискриминации активно ведется работа не только с ними, но и с их семьями. Родители обязаны регулярно встречаться с психологом, психиатром, терапевтом. На них лежит часть ответственности за успешность терапевтической программы. Родители участвуют в принятии решений, должны быть вовлечены в терапевтический и образовательный процесс и принимать участие в собраниях команды.

Быстро изменить общество невозможно и не всегда удается контролировать его отношение к детям с расстройствами психики, но можно помочь родителям почувствовать себя комфортнее в отношениях с представителями системы охраны психического здоровья, преодолеть свои собственные предубеждения в отношении психического здоровья и защитить своих детей от ситуаций, в которых они будут подвергаться дискриминации. Кроме того, приходится учить и самих детей, как бороться с оскорбительными и хулиганскими действиями в отношении стигматизированных граждан.

Все люди, которые вовлечены в деятельность, получают «прививку» против стигмы, своей деятельностью нам удается снизить стигматизацию американского общества. Мы уверены, что люди, контактировавшие с нашими детьми, станут послы психического здоровья в будущем.

Подготовили **Игорь Марценковский, Марина Нестеренко, Дмитрий Молчанов**

Открытое письмо к средствам массовой информации

В последнее время в Украине произошло несколько трагических случаев с участием людей, страдающих нарушениями психики. Подобные трагедии, к сожалению, происходят во всех странах мира. В отношении Адама Питера Лэнза, убившего 26 человек в школе Сэнди Хук (США), очень невнятно прозвучала информация, что он был аутистом. Как же отреагировали наши средства массовой информации? Те же люди, которые с пеной у рта толковали о защите прав душевнобольных, теперь кричат об их общественной опасности. Много лет подряд они пересказывали нам переводные кальки с западных источников о том, что эти больные ничем не отличаются от лиц с соматическими заболеваниями, например сахарным диабетом.

И что же? Диктор одного из центральных каналов телевидения заявляет ни больше ни меньше, что «...божевільні серед нас...», «...і хто за це відповідь?», печатное издание публикует заголовок «Кто защитит врача от психа?» и т.п.

Главный правозащитник в сфере психического здоровья с грустью в голосе вещает о том, что к каждому больному врачу ведь не приставишь. Все дело, оказывается, в неразвитости служб соцобеспечения. А ведь лукавит. И соцработника ведь к каждому больному не приставишь. Дело ведь в общей сформированности, организованности, толерантности гражданского общества, во взаимодействии всех его звеньев, терпимости и общей культуре.

И здесь трудно переоценить роль средств массовой информации, которые выполняют важнейшую общественно-социальную функцию — информационную. Без информации общество существовать не может, и подвиг грека из Марафона тому свидетельство.

Однако форма подачи информации и личная позиция журналиста и органа СМИ, который за ним стоит, имеет огромное значение. И здесь уместно напомнить о журналистской этике, о которой журналисты порой забывают в пылу борьбы за свои права.

Между правом на свободу и ответственностью должно быть определенное равновесие, иначе свобода превращается во вседозволенность, высказывания становятся хлесткими и категоричными, право на информацию превращается в право на истину в конечной инстанции.

Кстати, а как же с правом?

Закон Украины «Про психіатричну допомогу», принятием которого так гордились все мы и который поставил Украину в один ряд с самыми передовыми странами Европы и мира в области психиатрии, содержит недвусмысленные правовые нормы. Закон Украины «Про психіатричну допомогу» от 22.02.2000 г. № 1489-III:

Ст. 4. Принципи надання психіатричної допомоги.

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

Ст. 6. Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги.

Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та

лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті. Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник. За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад...

Ст. 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога.

Особі, яким надається психіатрична допомога, мають право на: ...відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом; ...альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним.

На основаних цих положень вельми затруднително даже лечебным учреждениям получить информацию о наличии у пациента психического заболевания. А большой массе больных были сняты диагнозы психических расстройств на основании альтернативных осмотров «специалистами», которые продолжают рассуждать о проблемах психиатрии на страницах СМИ и телевизионных экранах.

В любом случае, к сожалению, явно просматривается тенденция к сосредоточению внимания СМИ на фактах насилия, правонарушениях, конфликтах, политических противостояниях. Не пора ли немного приостановиться в деле подкидывания уголька в топку конфликтов и подливания масла в огонь раздоров, господа журналисты? Ведь мы служим одному делу — благополучию общества.

СМИ, конечно, четвертая власть, но ведь каждая власть должна служить не самой себе, а интересам общества, не так ли?

С уважением,

заведующий кафедрой психотерапии Харьковской медицинской академии, последипломного образования, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «медицинская психология» и «психотерапия», академик АН ВО Украины, д.м.н., профессор **Б.В. Михайлов**