

Системный подход в области охраны психического здоровья детей

Джайнакбаев Н.Т., Манишарипова А.Т., Третьякова С.Н., Хабиева Т.Х., Шокарева Г.В., Мухамадиева М.В., Фатеева А.А., Алтаева Ж.М., Вдовцев А.В.

*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы*

Прошедший год – очередной год успешной реализации проекта «Разработка научно-обоснованных предложений для оказания психологической и медико-социальной помощи детям-инвалидам» в университете. Согласно Меморандума о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, РГКП «Государственный центр по выплате пенсий Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан» и НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» оказывает психологическую помощь и консультационные услуги посредством *on-line* поддержки лицам, воспитывающим детей - инвалидов. Для Казахстана эта проблема более чем актуальна, достаточно посмотреть статистику.

С мая 2015 года в Казахстанско-Российском медицинском университете был создан *Call-центр* с привлечением опытных специалистов разного профиля, который выполнял и продолжает выполнять функции консультирования лиц, имеющих детей инвалидов. Среди наших пациентов дети разных возрастов, с разными патологиями. Они звонят к нам со всех уголков нашей страны, зная о том, что мы им обязательно поможем. Организационное и научно-методическое сопровождение осуществляется ведущими научными сотрудниками департамента научной работы. *Call-центр* возглавляет ректор университета, д.м.н., профессор Джайнакбаев Н.Т., в его состав входят опытные врачи психологи, психиатры, преподаватели на базе 2-х кафедр психиатрии и психологии (7 врачей, 1 преподаватель). Основное направление деятельности специалистов *Call-центра* в области консультативной помощи семьям проходит по медико-социальным и медико-социально-правовым вопросам. Специалистами университета были разработаны научно обоснованные предложения по доступному *отдаленному on-line* медико-психологическому консультированию семей, попавших в затруднительное положение [1].

Мировые научные исследования в области охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе рассматривают ряд вопросов, которые можно представить следующим образом. Что считать здоровьем ребенка? Какая у врача по отношению к нему должна быть позиция - *нозоцентрическая* или *антропоцентрическая*? Как относиться к личности ребенка, к его положению в современном мире? Как сохранить гармоничную семью? Как решить проблему социальной дезадаптации детей из диссоциальных семей? [2, 3]. Многоосевая схема классификации психических расстройств детского и подросткового возраста, разработанная группой детских психиатров в сотрудничестве с ВОЗ, кроме оценки в форме клинического психиатрического синдрома (1-я ось) обязательно учитывает нарушения психологического развития (2-я ось), сопутствующие физические болезни и нарушения (3-я ось), особенности психосоциальных условий развития (4-я ось) и степень тяжести имеющихся

нарушений (5-я ось). Такой многоуровневой подход является современным методологическим принципом в оценке психического здоровья детей и для своей реализации он требует: во-первых, разработки новой концепции функционального диагноза; во-вторых, междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании помощи; в третьих, своим практическим выходом он ориентирован на проблемы оказания не только консультативно-диагностической, лечебной помощи, что достаточно привычно для врача, но, и это часто ведущая позиция, на проблемы медико-социальной реабилитационной помощи. Это выход на единые стандарты для педиатров [4]. Всё это определяет приоритет социально значимых исследований по проблемам детства.

Основополагающее значение для здоровья и гармоничного развития детей для всех нас - психиатров, педиатров, социальных работников детства - непременно имеют базовые принципы взаимодействия личности ребенка, семьи и общества, принятые Казахстаном в соответствии с Конвенцией о правах ребенка (1989).

Для нас - специалистов «*помогающих профессий*», несущих в общество гуманистический потенциал, - это должно быть базовым ориентиром, а именно, от ребенка и его личности - к семье; от семьи - к социально ориентированной общности организаций республики - дошкольные учреждения, школа, поликлиника, врачебная амбулатория, центр социальной помощи и реабилитации, служба социальной профилактики. При этом социально ориентированные организации различных министерств в Республике Казахстан должны быть:

- во-первых, развернуты к семье, к ее микросоциуму;
- во-вторых, быть открыты для активного обращения родителей и детей с их проблемами;
- в третьих, быть способны активно взаимодействовать друг с другом при решении ключевых проблем ребенка и семьи, отступая при необходимости от ведомственных интересов ради интересов ребенка.

Конвенция ООН о правах ребенка (1989) «признает важность семьи как первичной социальной группы и естественной обстановки для роста и благополучия детей». При этом суть современной позиции состоит в том, что это не столько право над ребенком (подчинение родителям), сколько ответственность перед ребенком. Следует сказать, что динамика семьи в Казахстане продолжает характеризоваться негативными тенденциями.

Число браков на 1000 населения за 8 лет (2009-2016 гг.) снизилось с 8,75 до 7,96 (141769 в 2016 году). При этом доля детей, родившихся у женщин, не состоявших в браке, снизилась с 20,18 % до 13,3 %, что затронуло судьбы почти 53 350 детей [5]. К этому числу мы должны еще прибавить судьбы детей, которые пережили или переживают разводы и расторгнутые браки. Эти дети ощущают на себе патологизирующее

воздействие стойких конфликтов, неуверенности, тревоги матери, хронического раздражения взрослых. У этих детей несомненно искажены условия социализации. Пребывание в острых или хронических, обусловленных стойким конфликтом, стрессовых ситуациях ведет к тому, что у детей из таких дисфункциональных семей наблюдаются стойкие психосоматические расстройства. Именно неадекватность рутинной терапевтической тактики приводит к тому, что педиатры многих детей с такими расстройствами относят к группе часто хронически болеющих детей. Необходимая адекватная консультативная и психокоррекционная помощь подменяется множественными обследованиями и фармакологическим лечением.

Ясно, что семьи существенно различаются по качеству и уровню жизни, и этот процесс будет играть все более существенную роль в нашем обществе.

Больные дети - это очень серьезная проблема. Заболевание - это та биологическая и патологическая "почва", которая делает детей этой группы особенно чувствительными. Поэтому в последующем так высока у них частота нервно-психической патологии, а именно, задержанное психическое развитие, психосоматические расстройства, депривационное развитие личности с интеллектуальной недостаточностью, стойкие эмоциональные нарушения с отсутствием эмпатии, эмоциональной обедненностью. Очень важны в этом направлении исследования, проводимые в университете. Данные этих важных исследований частично будут доложены на Конференции 26 января 2018 г., и это существенно обогатит многими идеями реабилитационной направленности и педиатров, и психоневрологов, и социальных работников.

Ученые психиатры считают, что свой вклад должны внести и педиатры. Никто как педиатр так постоянно не бывает в семье и не знает так хорошо внутренней семейной ситуации. Но следует справедливо сказать, что мы не учили и не учим педиатра работать неспецифическими психокоррекционными методами с "проблемной семьей". А детскому доктору, как никакому другому, необходимо быть великолепным психологом, потому что маленькому пациенту не объяснишь, что доктор хороший, он должен сам почувствовать. Имитировать любовь невозможно, в этом плане дети чувствуют ложь на уровне подсознания, поэтому с ними надо быть предельно искренними.

Придавая первостепенное значение интересам ребенка важно всегда прилагать энергичные усилия к сохранению целостности семьи там, где это только возможно. Основная стратегия заключается в обеспечении "проблемной семьи" доступной помощью, консультацией, поддержкой. В этой напряженной работе должны взаимодействовать по "принципу системности" педиатры, детские психотерапевты, социальные педагоги, социальные работники детства. Психиатры обязаны обеспечить методическими материалами.

Признавая ценность семьи, мы должны отметить, что многие родители не проявляют родительского отношения, учитывающего особенности эмоционального, личностного развития ребенка. Многие ошибки родительского отношения к детям лежат в их неадекватном представлении о своей родительской роли. Они часто переносят на своих детей те отношения, которые воспроизводят характер отношений их родителей к ним в раннем детстве или то, что они недополучили от родителей в своем детстве. Серьезная и по сути семейная, психокоррекционная задача возникает перед педиатром не в том, чтобы диагностировать родителей,

выносить им оценки за их несостоятельность, а помогать им в осознании необходимости становиться "хорошими родителями". Это значит учить родителей:

- уметь активно слушать и понимать переживания и потребности ребенка;

- стремиться разрешать возникающие конфликты с ребенком без угроз и наказаний, доверять его пониманию и делиться своими чувствами, которые возникли из-за конфликта, объяснять их;

- поддерживать успехи ребенка;

- исключать непоследовательные требования и пустые угрозы, выражение недовольства ребенком;

- исключать нереальные родительские ожидания по отношению к ребенку.

Эти простые правила детского, а по сути "семейного", врача оказываются самым действенным средством оказания помощи при психосоматических и невротических расстройствах у детей на педиатрическом участке. Чтобы их доносить, необязательно быть детским психотерапевтом. Общим итогом такой работы с родителями в "проблемной семье" становится понимание, что "хорошее родительское отношение" - это результат семейного доверия, признания по отношению к детям.

Поставленные проблемы в целом сводятся к одному знаменателю, который может быть и своеобразным заключением.

В наше трудное, наполненное социально-психологическими коллизиями время врач - педиатр, если он имеет страстную профессиональную заинтересованность, должен быть врачом-воспитателем. Он должен знать и понимать психологию детства, также хорошо как свои медицинские каноны. Тогда для него ребенок не объект терапевтических вмешательств, научных изысканий, а человеческое существо, личность, обладающая правом быть понятым и принятым, не только со своей физической болью, но и с миром своих переживаний. До настоящего времени учебники по педиатрии пишутся не только с позиций нозоцентризма, но и с позиций "взрослоцентризма". Изменить эту позицию взрослого по отношению к ребенку - взрослого-родителя, врача, воспитателя, социального работника - это значит быть не столько ответственным за ребенка (это само по себе важно и значимо), сколько быть ответственным перед ребенком. Это значит обращаться с ребенком не как с "недоразвитым взрослым", а как с тем, "кто меньше тебя, но также велик как ты". Следование этому принципу является важнейшей гарантией не только охраны психического здоровья ребенка, но и залогом его оптимального личностного развития и личного счастья. Изменить позицию взрослого - заповедь педиатра.

Выводы

- Перечисленные проблемы подводят нас к новому непривычному выводу: сегодня в условиях социального и экономического кризиса врач-педиатр должен быть еще и врачом-воспитателем. Он должен знать и понимать психологию детства также хорошо, как и свои медицинские каноны. Только педиатр способен изменить позицию взрослого по отношению к ребенку, позицию родителя, врача, воспитателя, социального работника.

- Эта позиция означает быть не столько ответственным за ребенка, сколько быть ответственным перед ребенком.

- Это значит обращаться с ребенком не как с недоразвитым взрослым, а как с тем, "кто меньше тебя, но так же велик как ты".

Это важнейший принцип охраны психического

здоровья ребенка.

Сегодня мы вынуждены констатировать, что практические и научные связи педиатров (врачей общей практики), детских и подростковых психиатров остаются слабыми. Между тем, прошло время изолированных подходов, необходимо говорить о приоритете антропоцентризма, а не нозоцентризма, рассматривая ребенка как единое целое, а к лечению подходить комплексно с позиций системного подхода.

Кроме того есть множество болезней, которые традиционно лечат педиатры:

1. Болезнь Вильсона-Коновалова (нарушение обмена меди).

2. Синдром Марфана (дисплазия соединительной ткани).

3. Муковисцидоз.

4. Эндокринные и другие расстройства.

Все эти болезни сопровождаются психическими расстройствами. Психиатры-ученые выходят с предложением - нужны совместные научные исследования, совместные учебные пособия, совместные учебники, руководства, справочники. В них должны быть отражены: специфика совместной курации таких сложных больных; виды комплексной терапии; данные о методах психотерапии; вопросы психологической коррекции.

И конечно, нужно радикально изменить ситуацию с

подготовкой кадров и повысить возможности педиатров (в настоящее время врачей общей практики) повышать свою квалификацию по детской и подростковой психологии, психиатрии, психотерапии, наркологии.

Список литературы

1 Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Третьякова С.Н., Ким З.Г., Шокарева Г.В., Вдовцев А.В. Инновационная платформа для развития научно-исследовательской работы на перспективу в университете // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2017. - №2-3 (16-17). – С. 20-22.

2 Дмитриева Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №4. - С. 4-8.

3 Основы социальной медицины в охране здоровья матери и ребенка / Девятко В.Н., Исаев Д.С., Абылкасымов Е.А. – Алматы, 2002. – 299 с.

4 Rutter Michael. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте: классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – Санкт Петербург: Издательство «Смысл», Всемирная организация здравоохранения, 1996.

5 Демографический ежегодник Казахстана / Статистический сборник. – Астана, 2017. – 300 с.