



Оценка психического здоровья ученика

Руководство для школьных медсестер



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Институт Развития Здоровья

Оценка психического здоровья ученика

Руководство для школьных медсестер

Ану Суси, Рут Тохвре

Tallinn 2011

Авторы: Ану Суси, Рут Тохвре
Клиника Тартуского университета

Рецензент: Анне Клейнберг
Таллиннская детская больница

Благодарность: Кяди Лепп и Раисе Жмарёвой
SA Tallinna Koolitervishoid

Благодарность: Зринке Лайдо и Лауралийзе Марк
Эстонско-шведский институт душевного здоровья и суицидологии

Выражаем благодарность всем школьным медсестрам, оказавшим содействие при составлении материала.

Составитель: Сийви Хансен
С институт Развития Здоровья

Фото на обложке: Philippe Lissac/Scanpix

Руководство вышло в печать по заказу Института развития здоровья в 2011 г.

Любое воспроизведение и распространение материала без согласия Института развития здоровья запрещено.

Издательство: Ajakirjade Kirjastus AS

Печать: Tallinna Raamatutrükikoda OÜ

ISBN 978-9949-461-17-2 (в печати)

ISBN 978-9949-461-18-9 (pdf)

Бесплатно

Содержание

Введение. Цель руководства	4
1. Душевное здоровье	6
1.1 Предупреждение проблем душевного здоровья	6
1.2 Обнаружение проблем душевного здоровья	8
2. Общение и совместная работа	13
2.1 Общение с ребенком	13
2.2 Совместная работа с родителями и другими членами общества	14
2.3 Получение дополнительной информации	15
3. Кризисные ситуации	16
3.1 Действия в кризисной ситуации, если поведение ученика представляет опасность	16
3.2 Действия при наличии подозрений в жестоком обращении	17
3.3 Действия при опасности самоубийства	17
4. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте	20
4.1 Аффективные расстройства (F 31-33)	20
4.1.1 Депрессия	20
4.1.2 Биполярное аффективное расстройство	21
4.2 Тревожные расстройства (F40-42)	22
4.3 Нарушения адаптации (F 43)	24
4.4 Гиперкинетические расстройства (F90-91)	25
4.5 Поведенческие расстройства (F91-92)	27
4.6 Специфические расстройства развития учебных навыков (F81)	28
4.7 Расстройства приема пищи (F50)	28
4.8 Общие первазивные расстройства психологического развития, или расстройства аутистического спектра (F84)	30
4.9 Умственная отсталость (F 7)	32
4.10 Энурез и энкопрез (F98)	33
4.11 Психические расстройства (F 20-29)	34
5. Возможности оказания медицинской помощи ученикам с проблемами психического здоровья в Эстонии	36
6. Степень тяжести дефекта и реабилитация	38
Заключение	40
Приложения	41
Использованные источники	45
Рекомендуемая литература	45

Введение. Цель руководства

На основании части 1 статьи 43 Закона об основной школе и гимназии, который вступил в силу 1 сентября 2010 г., было подготовлено постановление с целью регулирования услуг здравоохранения, оказываемых школьными медсестрами. В этом постановлении в качестве задач, выполняемых школьной медсестрой, также перечислены следующие мероприятия, касающиеся душевного здоровья:

- оценка душевного здоровья ученика;
- оказание первой и неотложной помощи, при необходимости направление ученика на консультацию к врачу-специалисту;
- индивидуальное консультирование ученика относительно вопросов, касающихся здоровья, здорового поведения и при необходимости также составление плана реабилитации;
- консультирование учеников с особыми потребностями по вопросам обучения самоконтролю, в связи с состоянием здоровья и выполнению плана лечения, назначенного врачом.
- консультирование педагогов и других работников школ и интернатов для учащихся с учетом особых потребностей в области обучения, при организации учебной работы, а также выполнения плана реабилитации ученика или назначенного врачом плана лечения;
- сотрудничество с учеником, родителями, другими работниками из сферы здравоохранения и персоналом школы с целью предотвращения частоты заболеваний и проблем со здоровьем.
- распространение научно обоснованных информационных материалов, касающихся проблем здоровья.

Из приведенного выше перечня становится понятно, насколько ответственная роль возложена на школьных медсестер в плане душевного здоровья учеников. Для выполнения перечисленных задач необходимо иметь знания как о первичных проявлениях нарушений душевного здоровья, самих нарушениях душевного здоровья и методах их лечения, так и об особых потребностях в области обучения, связанных с состоянием здоровья. Важное место занимают навыки медсестер по налаживанию партнерских отношений как со школьным персоналом и другими работниками в сфере здравоохранения, так и с родителями, т.к. многие мероприятия, перечисленные в качестве основных задач школьной медсестры, можно осуществлять только в сотрудничестве с другими членами общества. Медсестра должна выполнять роль консультанта и распространителя знаний, чтобы участвовать в предотвращении возникновения проблем душевного здоровья.

Школьные медсестры имеют различную подготовку и опыт. В большинстве случаев при обучении медсестер основное внимание уделяется физическому здоровью, за которым легче следить, которое проще исследовать и сравнивать с нормой. Также оценка физического здоровья является более понятной для тех, чье здоровье оценивается. Провести оценку душевного здоровья намного сложнее, а понятие нормы в этой области – более размытое. По этой причине сложно разработать простые индикаторы, которые дали бы возможность получить однозначную оценку душевного здоровья и разработать на её основе конкретные инструкции для дальнейших действий. При оценке проблем душевного здоровья нелегко провести границу между сферами ответственности школьных медсестер и других школьных работников – какими проблемами должна заниматься медсестра, а какими – учитель,

школьный психолог или социальный педагог. Что касается физического здоровья, такое разделение обязанностей провести намного проще.

Целью данного руководства является оказание помощи медсестрам при выполнении задач, перечисленных в постановлении, регулирующем их работу, – предоставить знания о признаках, указывающих на проблемы душевного здоровья, о расстройствах душевного здоровья и работе с ними; описать возможные способы вмешательства в чрезвычайных ситуациях; оказать поддержку при сотрудничестве с другими школьными работниками, родителями и специалистами за пределами школы; снабдить информацией о том, где можно улучшить свои знания и навыки.

Поскольку руководство предназначено прежде всего для школьных медсестер и речь в нем идет о проблемах душевного здоровья у школьников, в материале дети и подростки обобщенно называются учениками.

Предпосылкой для использования руководства является прохождение соответствующего обучения, т.к. его самостоятельное использование может вызвать много дополнительных вопросов и даже замешательство вместо помощи и поддержки.

Руководство состоит из глав, в первой из которых содержится обзор душевного здоровья и принципов обнаружения проблем со здоровьем. Во второй – дается обзор о действиях медсестры при оценке душевного здоровья, об общении и сотрудничестве, а также умении заметить патологию. В третьей – дается описание кризисных ситуаций и приводятся способы их решения; в четвертой – дается обзор детских и подростковых психических расстройств, в пятой – перечисляются возможности медицинской помощи при проблемах с душевным здоровьем. В шестой главе рассматриваются вопросы, связанные со степенью тяжести дефекта и реабилитацией.

Конечно, данное руководство не даёт всех возможных рекомендаций при возникновении вопросов, связанных с душевными расстройствами. Оно только описывает часто встречающиеся душевные расстройства в детском возрасте и даёт общие рекомендации, как действовать в том или другом случае.

Так как школьные сестры работают в разных школах, то данное руководство даёт обзор и о таких душевных расстройствах, с которыми медсестра в обычной школе не сталкивается, но зато медсестра, работающая с учениками, имеющими особые потребности, должна знать об этих расстройствах. При описании душевных расстройств ставится цель: дать общие знания и понятия, а не научить медсестру их диагностировать. Эти знания необходимы для консультирования учеников, их родителей и других школьных работников; а также при даче советов по формированию школьной среды.

В руководстве не рассматриваются подробно тяжелые комбинированные душевные и физические расстройства, которые вызывают тяжелый или глубокий дефект. Состояния здоровья, вызывающие возникновение тяжелого или глубокого дефекта, встречаются относительно редко, и конкретные инструкции для медсестер по работе с такими учениками, наблюдению за их душевным здоровьем и оказанию неотложной помощи должны исходить от врача-специалиста, который находится в курсе конкретных проблем со здоровьем того или иного ученика.

I Душевное здоровье

1.1 Предупреждение проблем душевного здоровья

Понятию душевного здоровья нелегко дать определение. Всемирная организация здравоохранения (2001) рассматривает хорошее душевное здоровье как состояние, в котором индивид может осознавать свои способности, справляться с напряжением в жизни, результативно и плодотворно работать, а также вносить свой вклад в общественную жизнь. Согласно Базовому документу политики душевного здоровья в Эстонии (2002) душевное здоровье является неотъемлемой частью общего здоровья; оно отражает баланс между индивидом и обществом и имеет положительную и отрицательную стороны. Более традиционный подход к душевному здоровью включает в себя описание психических расстройств и придает большое значение статистике их возникновения. Как и при всех прочих проблемах со здоровьем, при возникновении проблем душевного здоровья важно их раннее распознавание и своевременное вмешательство. Это помогает избежать возникновения серьезных проблем душевного здоровья, важную роль в формировании которых играют каждодневные факторы внешней среды. Многие легкие проблемы душевного здоровья, которые связаны с необходимостью приспособиться к новой ситуации, проходят сами без непосредственного внешнего вмешательства. Тем не менее, первичные проявления более серьезных проблем душевного здоровья, незамеченные вовремя, могут привести к формированию тяжелых психических и поведенческих расстройств, т.к. запоздалая помощь не всегда оказывается достаточно успешной.

Очень важно вовремя заметить проблемы душевного здоровья также для того, чтобы ученик своевременно попал в поле зрения специалистов, которые могли бы диагностировать проблему и назначить лечение. Проблемы душевного здоровья, оставленные без внимания, зачастую приводят к отверженности, результатом которой нередко бывает поведение, наносящее вред здоровью. Серьезные нарушения душевного здоровья у детей и подростков, имея в виду их дальнейший жизненный путь, имеют очень важное значение. Они влияют на нормальное развитие ребенка в детском возрасте, прежде всего на психическое, эмоциональное, когнитивное и социальное созревание. Поэтому важно своевременно заметить изменившееся поведение ученика, ухудшение способности справляться с различными жизненными ситуациями и появление частых жалоб на физическое здоровье, которые могут являться первичными признаками наличия проблем душевного здоровья.

Расстройства душевного здоровья у ребенка никогда не формируются обособленно. Возникновение проблем душевного здоровья зависит от наследственных предпосылок или причин, здоровья матери во время беременности, сопутствующих физических заболеваний, условий окружающей среды и накопленного жизненного опыта.

Для обеспечения нормального роста и развития следует учитывать закономерности детского развития, заботиться об удовлетворении физических и эмоциональных потребностей ребенка. Важно отношение взрослых и сверстников к ребенку, наличие близких эмоциональных отношений, использование подходящих методов воспитания.

Некоторые примеры факторов внешней среды, влияющих на душевное здоровье и связанных с воспитанием:

- негативные события в детстве, отсутствие любви, отчуждение от родителей;
- чрезмерная опека или беспризорность;
- семейная ситуация, отличная от других (проживание с бабушкой и дедушкой или у родственников, в детском доме и т.п.);

- ненадлежащий контроль и надзор;
- плохие отношения в семье и частые стрессовые ситуации дома;
- недостаточная поддержка в семье, отсутствие отца или матери;
- физическая или моральная особенность, которая обуславливает наличие особых потребностей в отношении повседневных действий или обучения;
- насмешки и чувство отверженности дома, в школе или за пределами школы.

Для детей школьного возраста характерны расстройства, связанные с эмоциональной сферой, поскольку любые изменения в требованиях, предъявляемых к ребенку, условиях в школе или окружающей среде, а также в физическом здоровье вызывают эмоциональные переживания. Преодоление эмоциональных проблем или погружение в них и формирование психических расстройств прежде всего зависит от того, насколько внимательно взрослые замечают эмоциональные проблемы учеников и насколько эффективную помощь и поддержку они могут предложить. Начало школьного пути – это переломный период как для учеников, так и для их семей.

- У учеников начальных классов эмоциональные переживания могут вызвать на первый взгляд простые ситуации – адаптация к школьным требованиям и новым товарищам или учителям; ориентация в школьных помещениях; шумная школьная среда и т.д. На очень важном месте находится также и учитель, который должен являться для учеников как авторитетом, так и лицом, которое может предложить поддержку и помощь. Наиболее часто встречающимися психическими расстройствами в младшем школьном возрасте являются тревожные, аффективные и поведенческие расстройства.
- В среднем школьном возрасте на поведение учеников влияет переходный возраст, которому присущи поиск внутреннего «я», проверка пределов собственных способностей, желание подвергать сомнению прежние авторитеты, принадлежность к группе, появление идолов и следование им.
- При оценке изменившегося подросткового поведения очень важно учитывать, насколько новый тип поведения или внешность связаны с нормальным поиском собственного «я», присущим подростковому возрасту. В этом возрасте молодые люди копируют и ценят образы, транслируемые медиаканалами, однако они еще не умеют делать выбор, относясь к этому процессу достаточно критично. Несмотря на попытки обрести независимость и поиски собственного «я», подростки нуждаются в четких ограничениях и требованиях взрослых, в реальных примерах для подражания, а также в понимании и эмоциональной поддержке. Возникновение проблем душевного здоровья помогают предупредить любые мероприятия, направленные на поддержание общего здоровья и благополучия, – соответствующий возрасту распорядок дня, правильное чередование умственной и физической активности, физическая культура и закаливание, разнообразное питание, дружеские отношения с близкими, окружающая среда с посильными (соответствующими способностям) требованиями и подходящими условиями, посильная учебная нагрузка и т.д.

Роль школьной медсестры при предотвращении проблем душевного здоровья заключается в оценке душевного здоровья учеников и школьной среды в сотрудничестве с другими школьными работниками; консультирование учеников и их родителей по вопросам здорового поведения учеников; участие в принятии решений, влияющих на душевное здоровье учеников.

1.2 Обнаружение проблем душевного здоровья

Школа – это среда, в которой помимо освоения новых знаний также происходит общение сверстников и взрослых, а также проверяется способность адаптироваться к различным ситуациям и требованиям. Поскольку душевное здоровье – это часть общего здоровья, школьная медсестра – это один из первых людей, который может заметить наличие проблем, т.к. являясь работником здравоохранения, она регулярно проверяет состояние здоровья учеников. Также медсестра может оказать помощь в оценке проблем со здоровьем ученика, если изменения в характере и поведении ученика заметил какой-нибудь другой школьный работник или родитель. У ученика и медсестры отсутствуют отношения учителя-обучаемого, и по этой причине у неё имеются лучшие предпосылки для налаживания доверительного контакта с учеником, чем у других школьных работников. Наличие доверительных отношений является предпосылкой для успешного решения проблем душевного здоровья.

Суметь своевременно заметить проблемы душевного здоровья – это непростая задача. В большинстве случаев ученик не может связать свое изменившееся самосознание или поведение с проблемами душевного здоровья. В качестве причин любых перемен рассматриваются внешние обстоятельства – поведение окружающих, несправедливые требования, физическое здоровье и т.п. Зачастую ученик не признает наличия тех проблем, которые отмечают окружающие, и по этой причине он не осознаёт потребности в посторонней помощи. Нередко ученикам недостает умения или смелости обратиться за помощью. Многие проблемы душевного здоровья выражаются в виде жалоб на физическое состояние – это дает ученику повод обратиться со своими проблемами именно к школьной медсестре.

Симптомы, которые могут указывать на проблемы душевного здоровья, являются мало специфическими и могут указывать также на другие обстоятельства в жизни ученика, которые требуют решения. Это значит, что один симптом может указывать на множество различных обстоятельств, и на основании одного симптома нельзя вынести правильное решение о здоровье ученика. Обнаружение какого-либо симптома дает основание для более основательного опроса и обследования ученика.

В настоящем руководстве рассматриваются как проблемы душевного здоровья в общем, так и расстройства душевного здоровья в медицинском значении, т.е. детские психические расстройства. Поскольку душевное здоровье напрямую зависит от работы мозга и совместного функционирования его различных участков, следует учитывать, что зачастую у одного ученика может быть одновременно несколько расстройств психического здоровья, диагностируемых в качестве разных психических расстройств.

Нередко школьным работникам, в том числе школьным медсестрам, приходится сталкиваться с учениками, имеющими дефекты, особые потребности в области обучения и поведенческие проблемы. Если школьная медсестра обладает знаниями о характере и причинах различных расстройств душевного здоровья, она может:

- поддержать ученика в ходе решения его проблем и проконсультировать относительно этого ученика других школьных работников, а при необходимости также родителей;
- принимать участие в оценке воздействия школьной среды на душевное здоровье, вносить предложения об её изменении;
- являться посредником между здравоохранительной и образовательной системами в случаях, когда в школьной среде необходимо применить назначенное врачом-специалистом лечение при психических расстройствах;

- следить за появлением возможных неблагоприятных побочных эффектов от назначенных ученику препаратов и в случае их обнаружения сообщать о них родителям ученика, которые смогут обратиться к врачу-специалисту, чтобы решить проблему.

Уточнение состояния

В ходе общей оценки душевного состояния ученика необходимо обратить внимание на следующие обстоятельства:

- одежда и её порядок, чистота;
- строение тела и осанка (поза);
- вес тела и его изменения по сравнению с предыдущим периодом оценки;
- наличие травм (царапины, шрамы от порезов, следы побоев и т.д.);
- поведение в подлежащей оценке ситуации;
- моторная активность;
- понимание речи;
- умение самовыражаться, темп речи и логичность;
- контакт, зрительный контакт;
- эмоциональное состояние;
- отношения со сверстниками;
- отношения с членами семьи;
- мысли, чувства, фантазии;
- досуг, интересы и т.д.

Далее приведены симптомы, в отношении которых следует быть особенно внимательными и возможные причины которых нуждаются в дополнительном уточнении.

- **Плохая успеваемость в школе или внезапный спад успеваемости.** Причиной могут являться недостаточные учебные навыки, многократные пропуски и пассивность на уроках, вызванные пробелами в знаниях, отсутствие необходимой помощи в учебе, проблемы с концентрацией внимания, аффективные или поведенческие расстройства. При оценке учебных навыков, душевного здоровья и поведенческих расстройств следует прежде всего сосредоточиться на совместной работе с учителями и школьным персоналом. **Задача школьной медсестры – уточнить, имеются ли у ученика симптомы, указывающие на аффективное, психотическое или иное психическое расстройство, с которым может быть связан спад учебной успеваемости.**
- **Внезапные изменения во внешности или гигиене** могут быть нормальным проявлением подросткового возраста или же могут указывать на существенные изменения в семейном положении ученика. Изменения внешности или гигиены характерны для таких психических расстройств, как депрессия или мания, расстройства приема пищи и психотические расстройства. **Школьная медсестра должна собрать данные о наличии симптомов, указывающих на аффективное расстройство, расстройство приема пищи или психотическое расстройство.**

- **Поведенческие проблемы или изменившееся поведение.** Длительные поведенческие проблемы указывают на недостаточное количество социальных навыков, что является результатом воспитания или психических особенностей ребенка. Значительные изменения в поведении указывают на то, что ученик не справляется с условиями окружающей среды прежним образом по причине изменений, произошедших в окружающей среде или в нем самом. Например, всё более объемная школьная программа может оказаться непосильной или стресс могут вызывать частые напряженные ситуации, возникающие дома или при общении с друзьями. Изменившееся поведение может быть проявлением переживаний в результате травматических событий, аффективных расстройств, нарушений адаптации или психотического расстройства. Школьная медсестра должна собрать данные о возможном жестоком обращении или о тяжелых для ребенка событиях, которые ему, возможно, пришлось пережить; уточнить наличие симптомов аффективного или психотического расстройств; обратить внимание и описать особенности, наблюдаемые в поведении ребенка.
- **Мрачность, угрюмость, уныние, плаксивость, смены настроения** могут указывать на наличие проблем дома; на напряженные отношения со сверстниками или учителями, а также на такие возможные психические расстройства, как тревожное и аффективное расстройства и нарушения адаптации. Школьная медсестра должна уточнить наличие других симптомов, которые указывают на аффективные, тревожные или психотические расстройства.
- **Сонливость, постоянная усталость и изможденность** могут быть вызваны чрезмерной нагрузкой, недостатком времени на отдых, неправильным режимом дня, проблемами физического здоровья или хронической болезнью. Также речь может идти о нарушениях сна, из-за которых ребенок не может отдохнуть в достаточной степени. Задача школьной медсестры – уточнить, имеются ли у ребенка помимо изможденности, усталости и сонливости другие симптомы, которые могут указывать на депрессию, употребление наркотиков или начинающееся психотическое расстройство.
- **Причиной проблем с концентрацией** могут быть недостаточное количество времени для отдыха и излишняя нагрузка или другая проблема, которая не дает ребенку сосредоточиться на учебной работе. Также эта проблема может указывать на синдром дефицита внимания и гиперактивности и является характерной для тревожного расстройства, депрессии, мании и психотических расстройств. Школьная медсестра должна уточнить, имеются ли у ученика наряду с проблемами с концентрацией другие симптомы, характерные для тревожного расстройства, аффективного расстройства или психотических расстройств, а также уточнить распорядок дня ученика и привычки питания.
- **Агрессивное поведение** может быть вызвано излишней импульсивностью и повышенной раздражительностью; недостаточным желанием, умением или способностью ученика контролировать свои эмоции и поведение. Длительному агрессивному поведению могут способствовать неуместные поведенческие рисунки в домашней обстановке или использование малорезультативных стратегий решения конфликтов. В качестве возможных причин агрессивного поведения школьная медсестра может уточнить симптомы, которые могли бы указывать на собственные особенности психической деятельности ученика (например, синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройство аутистического спектра), а также на такие психические расстройства, как депрессия, мания, психотическое расстройство, употребление наркотиков и нарушения поведения.
- **Трудности в общении** могут быть признаком того, что общение с учеником происходит без учета его знаний и навыков, вследствие чего ученик отказывается от контакта.

Трудности в общении могут указывать на недостаточность социальных навыков (особенно в младшем школьном возрасте), излишнее волнение при общении; особенность психической деятельности (например, расстройства аутистического спектра) или социальное беспокойство (особенно характерно для средней и старшей школьной ступени). Школьная медсестра должна уточнить наличие других симптомов, которые указывают на какое-либо психическое расстройство, которое является причиной трудностей в общении.

- **Излишнее беспокойство и неусидчивость** зачастую указывают на нарушения адаптации, тревожные и напряженные состояния, недостаточность социальных навыков (особенно в младшем школьном возрасте) и неспособность справляться с непосильными требованиями. Необходимо уточнить, употребляет ли ученик энергетические напитки и другие психостимулирующие препараты и в каких количествах. Излишнее беспокойство и неусидчивость являются одним из признаков синдрома дефицита внимания и гиперактивности и мании. Школьная медсестра может исследовать наличие других симптомов, которые помогут понять возможные причины излишнего беспокойства и неусидчивости.
- **Частые жалобы на физическое здоровье** (головные боли и боли в животе, тошнота, общее плохое самочувствие) иногда могут являться приобретенной манерой поведения, которая помогает избежать неприятной ситуации. При появлении подобных симптомов обязательно необходимо оценить физическое состояние ученика и направить его на консультацию к семейному врачу или врачу-специалисту (если ранее ученик не проходил обследование с целью выяснения причин жалоб, указанных выше). Если проведенные обследования и анализы не подтвердили наличия какого-либо физического заболевания, частые жалобы действительно могут являться проявлением излишнего волнения или депрессии. Школьная медсестра может уточнить симптомы, которые указывают на тревожное или аффективное расстройство.
- **Самотравмирование** (царапание острым предметом, прокалывание иглой, сильные удары о стену или другие твердые поверхности и т.п.) во многих случаях является приобретенным способом поведения, помогающим справиться со сложной ситуацией, избавиться от чрезмерного напряжения или привлечь внимание. Царапание острым предметом может указывать на мысли о суициде и являться проявлением депрессии. Иногда самотравмирование может иметь ритуальное значение (особенно среди учеников переходного возраста). В случае нарушений аутистического спектра самотравмирование (прежде всего сильные удары по голове или лицу, сильные удары головой о предметы, царапание и т.п.) указывает на снижение чувствительности к боли и чувство неудобства по причине внутренних (например, изменения самоощущения, связанные с переходным возрастом) или внешних изменений (например, неожиданные обстоятельства). Школьная медсестра должна уточнить причины, по которым ученик наносит себе травмы, – имеются ли симптомы, характерные для депрессии, есть ли у ученика мысли о самоубийстве или о намерении его совершить, связано ли нанесение травм самому себе с желанием избавиться от напряжения и т.д.
- **При наличии странных или непривычных поведенческих рисунков** (например, странные выражения лица, позы или движения тела; попытки избежать определенных ситуаций; страх в отношении предметов, людей или ситуаций, которые обычно не вызывают страх; многократное бесцельное повторение какого-либо действия и т.п.) прежде всего необходимо уточнить наличие мании и тревожного расстройства аутистического спектра, а также возможность психотического расстройства. Школьная медсестра может собрать данные о симптомах, которые указывают на наличие возможных перечисленных выше психических расстройств.

При обнаружении проблем душевного здоровья у ученика и дальнейшем уточнении возможных причин задачей школьной медсестры прежде всего является сбор как можно более подробной информации. На основании собранных данных можно планировать дальнейшие действия – существует ли необходимость в информировании других школьных работников, в просьбе о помощи со стороны других школьных работников с целью уточнения проблемы, необходимость в оперативном вмешательстве в проблемы ученика и т.д. Если необходима консультация врача-специалиста, данные, собранные школьной медсестрой, приобретают большую ценность. Медсестра может уточнить, является ли замеченный симптом одной из многих других проблем душевного здоровья, имеющихся у данного ребенка, и какие другие проблемы душевного здоровья имеются у ученика; достаточно ли для преодоления проблем рекомендаций по ведению здорового образа жизни или необходимы перемены в школьной среде или даже в домашней обстановке ребенка; нуждается ли ученик в более точной оценке и помощи со стороны семейного врача или врача-специалиста; насколько быстро ученик нуждается в дополнительной помощи и т.д.

Если речь идет о таких расстройствах душевного здоровья, которые не представляют непосредственной угрозы для жизни, здоровья и безопасности ученика и других детей, имеется больше времени для уточнения данных, без осуществления экстренных вмешательств. Инструкции по поведению в экстренных ситуациях приведены в отдельной главе. При оценке душевного здоровья ученика важно делать пометки, чтобы во время повторных встреч не пришлось вновь обсуждать уже оговоренные вопросы по той причине, что важные моменты «вылетели из головы». Если у ребенка имеются травмы и т.п., которые могут свидетельствовать о жестоком обращении, необходимо зафиксировать все обнаруженные изменения очень точно и подробно, т.к. эти записи могут рассматриваться в качестве вещественных доказательств в случае, если будет начато расследование по подозрению в жестоком обращении.

Использование тестов при оценке состояния ребенка

Тесты – это инструменты для проведения исследования, при помощи которых делаются попытки как можно более точно измерить и оценить состояние и уровень развития ребенка. Большинство тестов, помогающих уточнить расстройства душевного здоровья, предполагают прохождение соответствующего обучения и наличие разрешения на их использование, а поскольку у медсестер таких разрешений, как правило, нет, то использование тестов не рассматривается в данном руководстве достаточно подробно. Если результаты опросов или тестов интерпретируются некомпетентными людьми, всегда существует опасность, что будут сделаны неверные выводы, которые вместо пользы могут принести вред.

В приложении к руководству приведен предназначенный для учеников опрос, на основании которого можно дать общую оценку самочувствия ученика и его способности справляться с различными жизненными ситуациями. Также на основании этого опроса можно сделать выводы относительно необходимости проведения более тщательного тестирования и обследования.

II Общение и совместная работа

Зачастую ученик сам не хочет или не умеет предоставлять полную информацию о состоянии своего здоровья. По этой причине требуемые данные следует запрашивать у взрослых, работающих с учеником, — учителей, школьного психолога, социального педагога и, конечно же, у родителей. Как правило, первый контакт с родителями ученика устанавливает классный руководитель, однако для более надежного обмена данными и оказания более качественной помощи ребенку медсестре также рекомендуется общаться с родителями учеников. Медсестра, как медицинский работник, умеет задавать вопросы о важных аспектах с точки зрения здоровья, о которых учитель или школьный психолог, возможно, не имеют представления. Важно выяснить, в какой степени имеющиеся симптомы мешают ученику справляться с повседневными ситуациями и обязанностями, а также отношениям со сверстниками и искажают его восприятие самого себя, других людей и окружающей среды.

2.1 Общение с ребенком

Прежде всего необходимо наладить контакт. Если кто-то другой направил ученика на беседу или подозрение о проблемах со здоровьем появилось в ходе обследования и опроса, следует начать разговор с общих вопросов, например, об учебе, семье и т.п. Однако если ученик сам пожелал встретиться с вами и побеседовать о своих проблемах, вы можете сразу же приступить к конкретным вопросам. В начале рекомендуется предоставить ребенку возможность изложить суть проблемы своими словами, так, как он хочет и умеет. Важно проявить интерес, однако в то же время не вести себя слишком фамильярно и не надоедать вопросами.

При общении с учеником помните следующее:

- **Отдельное помещение поможет наладить контакт** – окружающая среда либо помогает наладить контакт, либо препятствует терапевтическому общению. Такие факторы, как уровень шума, уединенность, обстановка в помещении, его местоположение и внешний вид и даже температура могут повлиять на качество общения.
- Запаситесь достаточным количеством времени, т.к. для того, чтобы рассказать о собственных проблемах, ребенку зачастую необходимо собраться с силами и преодолеть собственные страхи, а спешка может вызвать у ребенка ощущение, что его проблемы на самом деле не представляют важности. Если не удастся наладить контакт во время первой-второй беседы или если ребенок отказывается отвечать на вопросы, запаситесь дополнительным временем и терпением. Встречи в течение длительного периода времени помогут вам добиться расположения и доверия ребенка. С этой целью при необходимости вы можете также попросить помощи у другого школьного работника, с которым у ребенка уже налажен контакт.
- **Будьте чуткими и проявляйте сопереживание**, это поможет наладить доверительные отношения.
- **Слушайте, что хочет сказать ученик**, – умение молчать и терапевтическое слушание – это важные компоненты в доверительной беседе между медсестрой и учеником.
- **После вопроса**, на который ученик может ответить просто кивком головы или ответом «Да/Нет», уточните слова ученика, задав ему открытый вопрос. Чтобы ответить на вопрос такого типа, ученик должен высказать свое мнение и точку зрения. Примеры вопросов см. в ПРИЛОЖЕНИИ 1.

- Как правило, ученики чувствуют себя удобнее, если медсестра находится с ними на одном уровне (т.е. оба сидят и смотрят друг другу в глаза). В то же время некоторые ученики предпочитают сидеть под углом к медсестре или иметь стул или пустой стол между собой и собеседником. Это помогает ученику чувствовать себя в достаточной безопасности, чтобы рассказать о своих проблемах. Наладить контакт будет проще, если ученик сам выберет подходящее положение и место для беседы.
- **Используйте понятные ребенку слова и выражения** – интерпретация основной мысли беседы происходит посредством имеющихся у ребенка знаний, опыта и убеждений. Какой-то один аспект общения более понятен, чем другой. В общих чертах слова более понятны, чем поведение. В то же время необходимо помнить о том, что интонация также имеет значение. Темп речи и интонация влияют на основную мысль. Язык тела может подчеркнуть, умалить или изменить значение слов. Вербальная и невербальная коммуникация должны совпадать между собой. Поведение может отрицать вербальное послание. Например, обещание «Да, я помогу тебе», которое передается злым и угрожающим тоном, человек, нуждающийся в помощи, не примет всерьез.
- **Не критикуйте и не осуждайте точку зрения ученика.** Обсудите с ним его точку зрения. Предложите понимание и поддержку. Задавайте вопросы и проявляйте интерес, а также желание помочь.
- **Касание руки или плеча или легкая ласка** являются проявлением заботы, сопереживания, поддержки и принятия. В то же время следует с осторожностью относиться к физическому контакту, т.к. он может быть неверно истолкован в качестве вторжения в личное пространство и нарушения приватности или даже агрессивного телодвижения с сексуальным подтекстом. Вы можете определить, насколько приемлемым является физический контакт, по поведению каждого конкретного ученика.
- **Предоставьте ученику честную и понятную обратную связь** о том, что будет происходить дальше, – как и почему будет происходить контакт с родителями или другим школьным работником (если в этом есть необходимость), какую информацию нужно обязательно передать третьим лицам, а какая останется между учеником и медсестрой, нужно ли обратиться к какому-либо специалисту и каким образом это можно сделать и т.д. Обязательно нужно проинформировать ученика о том, что в случае наличия или возникновения факторов, которые могут угрожать его здоровью и жизни, несмотря на нежелание и сопротивление ученика, о них необходимо рассказать родителям или представителям каких-либо соответствующих учреждений. Ученику нужно сказать, что для того, чтобы оказать ему помощь, необходимо получить информацию от родителей, а также их согласие. Это можно обосновать необходимостью понять, как родители ученика и его учителя воспринимают ситуацию, в которой он оказался, и о чем они беспокоятся. Обязательно нужно подчеркнуть, что беседа останется конфиденциальной, если ученик этого пожелает.

При общении с учениками, имеющими проблемы психического здоровья, школьной медсестре могут пригодиться терапевтические техники, которые применяются в психиатрическом сестринском деле. См. ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

2.2 Совместная работа с родителями и другими членами общества

- При общении с родителями следует учитывать те же требования, что и при общении с учениками. На первой встрече необходимо ознакомить родителя с причинами и целями встречи.

- Если полученные от родителей или школьных работников уточняющие данные указывают на необходимость направления ребенка на дальнейшее обследование, необходимо проконсультировать родителей относительно того, куда и к кому обратиться. Чем больше сопротивления оказывает ученик в отношении дальнейшей помощи, тем более необходимо мотивировать его родителей. В качестве мотивирующего аспекта можно использовать информацию о характере возможной проблемы со здоровьем, а также о том, что может случиться, если не предпринять необходимых мер. Необходимо наладить совместную работу с родителями и другими школьными работниками даже тогда, когда мнения о том, что происходит с учеником или его семьей, различаются. Передача информации и совместная работа зависят от готовности и способности к сотрудничеству со стороны всех лиц, имеющих отношение к проблеме, а также непосредственно от проблем ребенка.
- Обязательно следует договориться о том, продолжится ли совместная работа после консультации со специалистом, дополнительных обследований и назначения лечения, и если да, то каким образом. Школьная медсестра может наблюдать за состоянием ученика, его поведением в школе, собирать информацию у учителей, при необходимости консультировать их, поддерживать контакт с родителями и с их согласия при необходимости советоваться со специалистами, а также следить за соблюдением плана лечения.
- Если у медсестры возникает подозрение, что речь идет о серьезном расстройстве психического здоровья, однако ни ученик, ни его родители не осознают необходимости в посторонней помощи, необходимо включить в партнерскую сеть местного специалиста по защите прав детей или социального работника, который согласно законодательству имеет право принять необходимые меры в подобной ситуации.
- В ходе работы с семьями медсестра получает возможность снабжать родителей информацией о других поставщиках услуг, учреждениях и организациях, обучать и подбадривать родителей, чьи дети имеют проблемы душевного здоровья, оказывать помощь в направлении детей к врачам-специалистам.

2.3 Получение дополнительной информации

- Получение дополнительной информации должно происходить с учетом требований конфиденциальности. Информация не должна попасть в руки тех лиц, которых она не касается.
- Обязательно нужно предоставить информацию о том, признаки каких проблем психического здоровья медсестра заметила у ученика, указав, обращали ли внимание на эти проблемы родители ребенка или другие взрослые, занимающиеся с ребенком, и просили ли они помощи в связи с этими проблемами.

III Кризисные ситуации

Кризисные ситуации – это такие ситуации, в которых происходит что-то неожиданное или в которых поведение ученика представляет опасность и требует немедленного вмешательства. В детском и юношеском возрасте расстройства душевного здоровья, которые начинаются так внезапно и протекают так стремительно, что требуется экстренная медицинская помощь, случаются относительно редко. Тем не менее, при различных расстройствах душевного здоровья могут встречаться ситуации и поведение, которые требуют немедленного вмешательства. В общих чертах такие ситуации и способы поведения делятся на две большие группы:

- поведение ученика представляет опасность для него самого и окружающих;
- поведение других детей или взрослых представляет опасность для ученика.

Определение представляющего опасность поведения не имеет однозначного объяснения, однако обычно под поведением, представляющим опасность для самого ученика или окружающих его людей, или под ситуациями, представляющими опасность для ученика, понимаются ситуации, когда ученик:

- нападает на товарищей и/или на взрослых, швыряет предметы и переворачивает мебель;
- угрожает себе или окружающим причинением серьезного вреда (убийством, самоубийством, поджогом и т.п.);
- наносит повреждения самому себе (травмирует самого себя; выполняет опасные и рискованные действия);
- стал объектом постоянного издевательства или унижения со стороны сверстников или взрослых;
- начал чрезмерно снижать вес своего тела;
- стал жертвой жестокого обращения, в т.ч. сексуальных домогательств, или систематически терпит жестокое обращение.

Стратегия поведения в ситуациях, требующих немедленного вмешательства, зависит от того, по какой причине возникла необходимость вмешательства – связано ли это с состоянием душевного здоровья ученика, которое не позволяет ему контролировать свое поведение ожидаемым образом и/или обуславливает опасное для окружающих поведение, или же вмешательство требует окружающая среда, находясь в которой, сам ученик находится в опасности (прежде всего по причине жестокого обращения).

3.1 Действия в кризисной ситуации, если поведение ученика представляет опасность

- Изолируйте ученика от ситуации, вызвавшей опасное поведение, и проследите, чтобы он не навредил ни себе, ни окружающим.
- Найдите возможности успокоить ребенка, при необходимости привлечите других школьных работников. К сожалению, таких возможностей немного. Наиболее распространенный метод – удерживать ребенка таким способом, который не причиняет ему боли и неудобства. **Следует сохранять достоинство ребенка** (отделить от окружающих, осторожно удерживая ребенка, не использовать унижающих или причиняющих неудобство приемов). Одной из возможностей, особенно при работе с учениками младшего

возраста, является отвлечение внимания ученика, например, на интересующее его действие или беседу. Зачастую для нормализации ситуации достаточно увести ученика во врачебный кабинет или любое другое помещение и дать ему время успокоиться.

- Если, несмотря на используемые стратегии, ребенок не может успокоиться, целесообразно вызвать скорую помощь – медики дадут ему успокаивающие препараты и смогут оценить, нужна ли ему психиатрическая помощь и транспортировка в больницу.
- Если ученик успокоился, попробуйте наладить контакт и уточнить, что вызвало нежелательное поведение ученика. Здесь необходимо учитывать, что в такой момент с ребенком должен разговаривать только один человек, желательно тот, кому ребенок доверяет. Следует воздержаться от упреков, порицания и пристыжения. Очень важно объяснить ребенку нежелательность подобного поведения, однако это можно делать только тогда, когда ребенок способен воспринимать информацию и анализировать её.
- По необходимости оцените при участии других школьных работников, сможет ли ученик остаться на уроках после того, как успокоится, или будет разумнее в этот день отпустить его домой. Здесь необходимо определить, сможет ли ребенок добраться до дома самостоятельно или за ним следует пригласить одного из его родителей.
- Обязательно сообщите родителям о случившемся и обсудите вместе с ними, если необходимо при участии других школьных работников (учитель, психолог, социальный педагог), как в будущем избежать повторения подобных ситуаций, а также необходимость обратиться за помощью к специалисту за пределами школы.

3.2 Действия при наличии подозрений в жестоком обращении

- Привлеките к оценке ситуации социального педагога и при необходимости также специалиста по защите прав ребенка по месту жительства.
- Если в семье имеет место жестокое обращение, следует тщательно взвесить возможность уточнения данных через какого-либо члена семьи, не подвергая ученика еще большей опасности.
- Убедитесь в том, что полученные данные не попадут в руки лицам, которые принимают участие в жестоком обращении, что может подвергнуть опасности ученика.
- Убедитесь в том, что данные не попадут в руки тем школьным работникам, которые не связаны с данным случаем.
- При необходимости прибегните к помощи специалиста по защите прав ребенка, чтобы изолировать ребенка от опасной ситуации.
- Используйте помощь специалиста, прошедшего соответствующее обучение, для разрешения ситуации (психолог, социальный работник, специалист из вспомогательного центра и т.п.).

3.3 Действия при опасности самоубийства

Всегда следует внимательно относиться к мыслям учеников о суициде и/или попыткам самоубийства и самоотравливания, т.к. они в любом случае свидетельствуют о том, что ученик нуждается в помощи, – он не справляется с существующей ситуацией. Если ребенок или подросток предпринял попытку суицида, существует реальная опасность, что он вновь попытается это сделать даже в том случае, если он уже проходит курс лечения или находится на лечении в больнице. На опасность суицида указывают мысли ученика о суициде,

выраженные вербально, или угрозы, попытки нанести вред самому себе или самотравмирование (порезы острыми предметами, сдавливание шеи руками или какими-либо предметами и т.д.). В суицидальном поведении детей и подростков можно обнаружить сложные причинные связи, в т.ч. депрессивное настроение, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы и злоупотребление психоактивными веществами. Во вторую группу причин самоубийств среди молодежи входят прекращение романтических отношений, неспособность справиться с академическими требованиями и прочими стрессовыми ситуациями в жизни и трудности, обусловленные недостаточным количеством навыков для решения проблем, низкой самооценкой и неясным сексуальным идентитетом или унижительными переживаниями.

В случае непосредственной угрозы самоубийства

- Обеспечьте безопасность и позовите на помощь других школьных работников. Удалите опасные предметы, изолируйте ученика от опасной ситуации. Будьте уверены в том, что ученик находится под надзором взрослого.
- Позвольте ученику выразить свои чувства (в особенности злость и страх), однако следите за тем, чтобы он не потерял самоконтроль.
- При необходимости вызовите скорую помощь (если ученик не может успокоиться, принял таблетки с целью самоубийства, пытается повеситься, нанес себе опасные для жизни порезы или другие повреждения) – медицинские работники примут решение о дальнейшем медицинском вмешательстве.
- Сообщите родителям о происшествии.

Если скорая помощь не посчитала нужным отвезти ученика в больницу или после консультации с дежурным врачом ребенка отправили обратно в школу, и дальнейшие действия являются ответственностью школьных работников:

- необходимо связаться с родителями и уточнить, как будет обеспечена дальнейшая медицинская помощь, поддержка и надзор и как будет проходить дальнейшая совместная работа со школой;
- при необходимости следует проконсультировать родителей и школьных работников о возможностях оказания помощи.

Если после попытки самоубийства ребенок вернулся в школу:

- следует оценить обстановку в школе, вместе с педагогами попытаться создать для ученика благоприятную свободную от стресса учебную среду;
- необходимо обеспечить поддержку, порекомендовать обратиться к специалистам, предоставить информацию о возможностях оказания помощи;
- следует оказать помощь при проблемах с самоконтролем, а также помочь справиться с различными ситуациями;
- попытайтесь изменить иррациональные мысли и негатив;
- помогите ученику в поиске внутренних ресурсов, научите справляться со сложными ситуациями, внушите веру в себя и в положительные жизненные аспекты;
- оказывайте помощь при вынесении решений и постановке задач;

- подскажите ученику, как справляться с повседневной жизнью;
- убедите ученика принимать лекарства, если у него имеется медицинское или психиатрическое заболевание и назначено лечение;
- организуйте наблюдение за учеником и регулярно общайтесь с ним по крайней мере в течение 2-3 месяцев, т.к. угрозу суицида можно предугадать, ведите совместную работу с другими школьными работниками;
- порекомендуйте ученику принять участие в терапии или группах поддержки, если это необходимо и возможно.

Если в школе есть ученик, чье поведение нередко требует экстренного вмешательства (неожиданная агрессивность и истерические припадки, часто говорит о самоубийстве и угрожает его совершить, внезапные перепады настроения, самотравмирование и т.п.), целесообразно вместе с другими школьными работниками и родителями ребенка заблаговременно разработать четкие стратегии для предупреждения опасных ситуаций и их решения.

План следует составлять для каждого конкретного ребенка отдельно, исходя из следующих пунктов:

1. Характеристика ситуации: в чем заключается проблема, когда она произошла, существует ли какой-нибудь поведенческий рисунок (частота, длительность и т.п.), существуют ли лица или ситуации, которые усугубляют или улучшают ситуацию.
2. Роль каждого школьного работника, занимающегося ребенком, в требующей вмешательства ситуации – что может сделать школьная медсестра, психолог, учитель, социальный педагог и т.п.
3. Какие проблемы душевного здоровья имеются у ребенка и могут ли они спровоцировать поведение, требующее вмешательства. Оценка проблемы должна содержать данные о состоянии здоровья ребенка, собранные у родителей, врачей и медицинских работников.

После определения проблемы и рассмотрения всех аспектов команда должна составить программу действий, чтобы предотвратить требующее вмешательства поведение или разработать стратегии вмешательства. Родители, учителя и весь школьный персонал, работающий с данным ребенком, должны ознакомиться с его личным планом.

IV Психические расстройства в детском и подростковом возрасте

Психическими расстройствами считаются такие проблемы душевного здоровья, которые проявляются в достаточной степени, влияют на повседневную жизнь и соответствуют критериям какого-либо определенного психического расстройства. В используемой в Эстонии международной классификации болезней (МКБ-10) все психические расстройства входят в перечень психических и поведенческих расстройств. Психические и поведенческие расстройства обозначаются буквой «F» и соответствующим кодовым числом. В информативных целях возле перечисленных ниже психических и поведенческих расстройств указано соответствующее кодовое число по МКБ-10. При оценке психических расстройств учеников всегда следует учитывать этап развития ученика, т.к. в зависимости от возраста ученика расстройство душевного здоровья может выражаться в некоторой степени по-разному. Также важно учитывать возрастные особенности учеников, чтобы перемены в поведении и характере, свойственные нормальному возрастному кризису, не интерпретировались в качестве серьезных проблем или расстройств душевного здоровья.

Конечно, в формировании любого психического расстройства играет роль как наследственность, особенности мозговой деятельности, так и факторы внешней среды, однако в обобщенном виде расстройства душевного здоровья можно разделить на три большие группы: расстройства, связанные с развитием и обучением, расстройства, связанные с воздействием внешней среды, и расстройства, проистекающие прежде всего из особенностей мозговой деятельности. Наследственность означает как полученную от родителей генетическую информацию, так и изменение этой информации в ходе пренатального развития под воздействием определенных неблагоприятных факторов. Среда включает в себя как физическую среду, так и отношения между ребенком и его сверстниками и взрослыми, а также между близкими взрослыми или членами семьи ребенка. Особенности мозговой деятельности в данном контексте можно истолковать как психические функции, отличающиеся от обычных. У детей школьного возраста из числа психических расстройств чаще всего встречаются эмоциональные и поведенческие расстройства, вследствие чего ниже приводится их описание именно в такой последовательности.

4.1 Аффективные расстройства (F 31-33)

Основным признаком аффективных расстройств является смена настроения, которая проявляется либо в перепадах настроения, т.е. в биполярности, в его спаде, т.е. депрессивности, или подъеме, т.е. мании. Краткосрочные смены настроения, которые не вызывают трудностей в повседневной жизни и не превышают определенный уровень настроения, который считается нормальным, присущи всем людям. Смена настроения считается психическим расстройством в случае, если её интенсивность или длительность превышает уровень, считающийся нормальным, или усложняет повседневную жизнь. Поскольку в детском возрасте мания без эпизодов депрессии встречается очень редко, ниже приведены описания только депрессии и биполярного аффективного расстройства.

4.1.1 Депрессия

Основные признаки, характеризующие депрессию:

- плохое настроение, у подростков прежде всего проявляется в виде угрюмости и неудовлетворенности;

- неспособность испытывать интерес и радость и наслаждаться жизнью;
- бессилие, усталость и снижение активности.

К основным признакам часто добавляются:

- ухудшение внимания и способности концентрироваться;
- снижение самооценки и уверенности в своих силах;
- чувство вины и собственной незначительности, унылое и пессимистичное отношение к будущему,
- мысли о причинении себе вреда или самоубийстве;
- попытки причинить себе вред или попытки самоубийства;
- нарушения сна, снижение или рост аппетита.

О возможности депрессии стоит задуматься, если учебная успеваемость ученика ухудшилась; ученик стал беспокойным, хмурым и часто плачет; у него наблюдается постоянная усталость; он отгораживается от общих мероприятий со сверстниками; отказывается от прежних увлечений; у него появились проблемы с концентрацией внимания, необоснованная раздражительность, жалобы на боли; ученик начал употреблять какие-либо препараты или его поведение ухудшилось. У учеников начальных классов первым очевидным симптомом депрессии может быть постоянная усталость и плохое самочувствие, боль в голове или в области сердца. Мальчикам в депрессии присущи мрачность, хмурость и вспыльчивость.

Для девочек более характерны грусть и частые слезы. Признаки депрессии могут проявляться с различной интенсивностью.

В случае выраженной депрессии следует направить ученика на прием к детскому психиатру, который примет решение о дальнейшей тактике лечения, в зависимости от серьезности проблемы. При легкой депрессии ученик будет более-менее справляться со своими повседневными задачами, хотя с большим усилием и меньшим успехом, чем прежде. При лечении легкой формы депрессии на первом месте находится психотерапия и совместная работа с членами семьи. При умеренной и тяжелой депрессии помимо психотерапевтических методов в большинстве случаев также необходимо принимать лекарства – антидепрессанты. Обычно лечение антидепрессантами длится от двух месяцев до полугода. Лекарственные препараты могут иметь побочные эффекты, которые влияют на самочувствие ученика и его способность справляться с повседневными задачами. Зачастую ученик с тяжелой формой депрессии нуждается в стационарном лечении, поскольку его повседневная жизнь очень затруднена. У учеников с депрессией нередко имеются особые потребности в сфере обучения, т.к. из-за высокой утомляемости, плохого настроения и трудностей с концентрацией внимания они не могут обучаться с полной нагрузкой и в обычных условиях. В зависимости от степени тяжести депрессии необходимо составить индивидуальный план обучения или разрешить продолжить обучение на дому. При тяжелой депрессии ученик освобождается от учебной работы до выздоровления.

4.1.2 Биполярное аффективное расстройство

Биполярное аффективное расстройство проявляется в чередовании эпизодов депрессии и мании. Спад настроения может сразу же переходить в чрезвычайный подъем настроения, в то же время между эпизодами может наблюдаться период нормального настроения. Иногда в течение дня настроение меняется несколько раз, а иногда период подъема/спада настроения длится несколько дней или недель. Признаки, характерные для эпизодов депрессии, перечислены в главе о депрессии.

Основные признаки мании:

- повышенное настроение;
- пониженная потребность в сне;
- крайняя энергичность, вследствие которой ученик действует активно и непрерывно;
- крайняя разговорчивость, ускорение темпа речи;
- нарушение хода мыслей, ученик не может следить за ходом разговора;
- трудности с концентрацией внимания и связанные с этим проблемы в учебе;
- преувеличенное представление о собственных способностях;
- трудности при интерпретации реальности и недостаточная критика в отношении своего состояния;
- гиперсексуальность.

При биполярном расстройстве среди подростков зачастую на первый план выходят хмулость, раздражительность и агрессивное поведение.

При подозрении на биполярное расстройство следует направить ученика на прием к детскому психиатру для уточнения его состояния. Если смена настроения происходит очень быстро и интенсивно, практически всегда назначаются лекарственные препараты (антипсихотики или антипсихотики вместе с антиэпилептиками), а также психотерапевтическое вмешательство. Антипсихотики помогают вылечить симптомы мании, а воздействие антиэпилептиков направлено на снижение перепадов настроения. Если наряду с манией также имеются психотические симптомы и нарушения восприятия реальности, необходимо стационарное лечение. Биполярное расстройство со значительными осложнениями зачастую является причиной особых потребностей в сфере обучения, т.к. ребенок не может учиться с обычной нагрузкой или на обычных условиях, – причиной может являться как само состояние, методы лечения, так и время учебы, пропущенное из-за болезни. В большинстве случаев проявление симптомов, характерных для биполярного расстройства, контролируется при помощи лекарственных препаратов, вследствие чего особые потребности в сфере обучения и необходимость адаптироваться к внешней среде носят временный характер. Чаще всего индивидуальная учебная программа и освобождение ученика от занятий в классе применяются в периоды обострения заболевания.

4.2 Тревожные расстройства (F40-42)

Тревожность, которая классифицируется как психическое расстройство, может быть постоянной, сопровождать ребенка в его действиях на протяжении всего дня или проявляться время от времени или в связи с определенным стимулом. Тревожность проявляется как в виде психических, так и физических симптомов.

Психическими **симптомами тревожности** являются:

- страх, ощущение потери контроля;
- неспособность рационально мыслить и анализировать ситуацию во время усиления тревожности;
- сужение внимания на вызывающий страх стимул и/или физические жалобы, являющиеся проявлением тревожности.

Физическими симптомами тревожности являются:

- сердцебиение;
- слабость, головокружение;
- дрожь в руках или во всем теле;
- ощущение сдавленности в горле, чувство нехватки воздуха, затрудненное дыхание, затрудненное глотание;
- потение, понос, тошнота до рвоты;
- частые позывы к мочеиспусканию.

Все перечисленные симптомы не всегда проявляются в одно время, различаются в зависимости от индивида и могут проявляться с большей или меньшей интенсивностью, и их значение для самого ученика и его близких индивидуально.

Различные проявления тревожного расстройства в детском возрасте:

Фобии, или страхи – это тревожные расстройства, при которых неконтролируемая тревожность проявляется под воздействием какого-нибудь конкретного стимула – объекта или ситуации. При встрече со стимулом учеником с невыносимой интенсивностью овладевают физические и психические симптомы, присущие тревожности, вследствие чего ученик начинает избегать ситуаций, вызывающих чувство тревоги. Тревожность исчезает, как только прекращается контакт со стимулом или пропадает необходимость попадать в ситуацию, вызывающую тревожность.

Паническое расстройство – сильный приступ тревожности с сильно выраженными физическими и психическими симптомами, возникающий без определенной видимой причины. Для диагностирования панического расстройства приступы паники должны происходить регулярно в течение определенного периода.

При **обобщенном тревожном расстройстве** ученик постоянно находится в тревожном состоянии и не может спокойно находиться на одном месте – он должен постоянно двигаться, при этом тело находится в напряжении; ребенок быстро говорит; могут трястись руки; проявляется потоотделение; частая потребность в мочеиспускании; сухость во рту; снижение аппетита; нарушения сна и поверхностный сон; трудности с концентрацией внимания.

При **обсессивно-компульсивном расстройстве** у ученика появляются навязчивые мысли и побуждаемые ими навязчивые поступки. Ребенок не может прекратить эти действия, т.к. если он их не выполнит, тревожность поднимется до невыносимого уровня. Наиболее частыми навязчивыми явлениями являются ритуалы, связанные с чистотой, – постоянное мытье рук, несмотря на то, что кожа болезненна и повреждена; страх испачкаться при соприкосновении с определенными предметами. Иногда навязчивые поступки могут изменить большую часть повседневных ритуалов, выполняемых учеником, и делают невозможным участие в обычных повседневных действиях.

При **соматизации тревожности** в случае, если ученик попадает в вызывающую тревожность ситуацию, у него проявляются физические жалобы, зачастую – головные боли и боли в животе, причин которых не обнаружено в ходе физических обследований.

Соматоформная вегетативная дисфункция проявляется в виде физических жалоб на фоне возрастающей тревожности, характерных для определенной системы органов, однако в ходе обследований не удается обнаружить каких-либо физических изменений, характерных для того или иного заболевания. Наиболее частыми симптомами являются ежедневное плохое самочувствие вместе с тошнотой и рвотой; урчание в животе и понос или приступы кашля.

При подозрении на тревожное расстройство ученика всегда следует давать многостороннюю оценку его состоянию – подтвердить или исключить физические заболевания, собрать подробный анамнез психического состояния ученика и его способности справляться с повседневными ситуациями. В лечении тревожных расстройств учеников психотерапевтические и поведенческие методы являются приоритетным выбором, и лишь в том случае, если они не дают достаточного результата, или если родители не способны к совместной работе, или если уровень тревожности настолько высок, что применение психотерапевтических методов не является успешным, показано использование лекарственных препаратов, снижающих тревожность. В течение короткого периода можно использовать успокоительные препараты, а при длительном лечении используются антидепрессанты. Для преодоления тревожности, связанной со школой, обязательно необходима совместная работа школы и дома. Всегда нужно уточнять, что вызывает тревожность, связанную со школой. Причина может скрываться, например, в боязни отвечать перед всем классом, в учебных сложностях и связанной с ними неуспеваемостью в процессе обучения, страх перед каким-нибудь учителем или товарищами и т.д. Тревожность может проявляться уже при подходе к школе, при этом ученик не может сформулировать конкретную причину своей боязни. В зависимости от причины тревожности следует выбирать индивидуальные вспомогательные методы для её преодоления. Результативным ни в коем случае не является порицание, увещевания и угрозы, которые лишь увеличивают тревожность.

4.3 Нарушения адаптации (F 43)

Нарушения адаптации – это тяжелые адаптационные реакции, проявляющиеся в виде различных расстройств душевного здоровья, которые возникают вследствие значимых для ребенка перемен. Любая перемена всегда имеет субъективное значение. Это означает, что любая новая ситуация для одного ученика может быть практически незначительной, а для другого являться причиной тяжелых расстройств психического здоровья. Каждая новая ситуация требует меньше или больше времени и энергии, чтобы к ней приспособиться, и в большинстве случаев ученик приспосабливается к новой ситуации в течение нескольких недель или месяцев без формирования расстройств душевного здоровья. В зависимости от субъективного значения изменившейся ситуации, личных качеств ученика, прежнего жизненного опыта и ближайшей сети поддержки иногда процесс адаптации может закончиться неудачей. В этом случае возникают расстройства психического здоровья, для преодоления которых необходима помощь специалистов.

Наиболее частыми проявлениями нарушения адаптации, влияющими на повседневную жизнь ребенка, являются следующие:

- длительная депрессивная реакция;
- тревожно-депрессивная реакция;
- реакция с другими эмоциональными нарушениями;
- реакция с преимущественно поведенческими нарушениями;
- реакция с поведенческими и эмоциональными нарушениями.

Необходимо подчеркнуть, что при нарушениях адаптации все симптомы выражены меньше, чем при наличии одноименных расстройств душевного здоровья, их возникновение непременно связано с конкретным стрессовым событием, а после адаптации к новой ситуации психические симптомы ослабевают.

Отдельно стоит упомянуть посттравматическое стрессовое расстройство, которое возникает в виде запоздалой реакции на очень пугающее событие. Формированию посттравма-

тического расстройства способствуют некоторые личные качества ученика, уровень серьезности события и его регулярность, а в особенности поведение взрослых в отношении ученика во время травматического события и после него. Понимающее и поддерживающее отношение помогают избежать формирования посттравматического расстройства, а обвинения и пренебрежительность способствуют его формированию.

Признаками посттравматического стрессового расстройства являются:

- постоянное переживание травматического эпизода в воображении и в снах, для детей характерно повторное проигрывание травматического события;
- эмоциональная бесчувственность и безрадостность;
- отстраненность от окружающих;
- страх в отношении событий или ситуаций, напоминающих о травме, попытки их избежать;
- иногда могут добавиться неожиданные приступы паники или агрессии, которые могут проявляться под воздействием стимула, напоминающего травматические переживания;
- чрезмерная оживленность и боязнь.

В случае посттравматического стресса необходима помощь специалистов соответствующей квалификации (травматерапевт, психотерапевт, детский психиатр). В большинстве случаев посттравматическое стрессовое расстройство лечится длительной психотерапией, однако к курсу психотерапии можно приступить только после того, как травматическая для ребенка ситуация завершится (например, сексуальные домогательства дома на протяжении длительного времени). Ученик с посттравматическим стрессовым расстройством нуждается в адаптации учебных условий, т.е. зачастую из-за проблем душевного здоровья он не может самостоятельно сосредоточиться на учебной работе в достаточной степени, общаться со сверстниками или соответствовать требованиям взрослых.

4.4 Гиперкинетические расстройства (F90-91)

В группу гиперкинетических расстройств входят синдром дефицита внимания и гиперактивности (обозначается русскоязычным сокращением СДВГ или в англоязычной литературе сокращением ADHD) и гиперкинетическое поведенческое расстройство. СДВГ – это нарушение развития, возникающее по нейробиологическим причинам. Заметные изменения в способности концентрировать внимание и в типе активности могут наблюдаться и в поведении обычного ребенка. Речь идет о психическом расстройстве, если симптомы сформировались в дошкольном возрасте, они являются ярко выраженными, постоянными, ухудшают работоспособность и являются причинами других проблем.

Для **СДВГ характерны** недостаточность внимания, гиперактивность и импульсивность, которые проявляются следующим образом.

Недостаточность внимания:

- ребенок не обращает внимания на детали;
- делает ошибки при выполнении каких-либо действий из-за невнимательности;
- кратковременная концентрация на действии, которое приносит моментальное удовлетворение;

- не способен обращать внимание на то, что ему говорят;
- не выполняет данные указания, не завершает работу; отсутствует способность к заблаговременному планированию своих действий и претворению замыслов в жизнь.
- упрямство в отношении действий, требующих длительного умственного напряжения, попытки их избежать;
- ребенок постоянно теряет нужные предметы;
- внимание легко переключается на посторонние стимулы.

Гиперактивность:

- ребенок может покинуть свое место, не спрашивая разрешения, в ситуации, где нужно сидеть на месте;
- постоянное беспокойное дергание руками или ногами, ёрзание на стуле;
- бег или ползание по кругу в неподходящих местах;
- склонность шумно вести себя в играх, неспособность сосредоточиться на спокойных способах проведения досуга;
- постоянная излишняя моторная активность и неспособность изменить свое поведение в соответствии с ситуацией.

Импульсивность:

- вмешивается со своими ответами в вопросы, заданные другим людям;
- неспособность дожидаться своей очереди при выполнении каких-либо действий;
- нетерпеливо перебивает других, навязчивость;
- чрезмерная разговорчивость без учета контекста ситуации.

Перечисленные выше признаки могут проявляться с различной интенсивностью и может случиться, что признаки в одной области выражены больше, а в другой – практически незаметны. Для самого ребенка обучение как процесс становится очень затруднительным и зачастую неприятным прежде всего из-за проблем с вниманием, несмотря на уровень его умственного развития. К СДВГ также могут добавиться специфические проблемы в сфере учебных навыков, эмоциональные расстройства и другие нарушения душевного здоровья. Дети с СДВГ мешают своим поведением другим учащимся и зачастую являются изгоями в классе. Основными проблемами, связанными со школой, являются низкая успеваемость, неподчинение правилам и распорядку, неспособность выполнять домашние задания. Предпосылкой для успешного оказания помощи детям с СДВГ является совместная работа школьных работников, родителей и специалистов. В большинстве случаев при оказании помощи ребенку с СДВГ используются психопедагогические методы, однако при наличии очень тревожных симптомов применяются специфические лекарственные препараты, предназначенные исключительно для лечения СДВГ, – психостимулянты. При наличии сопутствующих расстройств душевного здоровья при необходимости также используются другие лекарственные средства. СДВГ может диагностировать детский психиатр вместе с другими специалистами (клинический логопед и клинический психолог). Для постановки диагноза ведется сбор данных о ребенке как от родителей, так и в школе.

При **гиперкинетическом поведенческом расстройстве** к перечисленным выше симптомам СДВГ добавляются поведенческие расстройства (отдельно о поведенческих расстройствах речь пойдет ниже). Особые потребности в сфере обучения, проистекающие из СДВГ, предъявляют дополнительные требования прежде всего к среде, в которой учится ребенок, а также обуславливают потребность в дополнительной помощи. Среда должна быть по возможности лаконичной, с небольшим количеством одновременно действующих стимулов. Работу ребенка в классе может облегчить небольшое количество детей в группе, структурированные занятия и индивидуальная помощь, прежде всего при выполнении упражнений, требующих концентрации внимания, а также при планировании своей работы и тренировке усидчивости. Ребенок с СДВГ нуждается в большем количестве коротких перерывов на отдых во время урока, т.к. по причине трудностей с концентрацией внимания и своей неусидчивости он не может напрягаться 45 минут подряд. Успешной работе на уроке будут способствовать физически активные упражнения на переменах.

4.5 Поведенческие расстройства (F91-92)

Поведенческие расстройства проявляются в повторяющейся и постоянной диссоциальности, агрессивности или в ином поведении, отклоняющемся от нормы и иным образом несоответствующем социальным ожиданиям, присущим тому или иному возрасту.

Признаками поведенческих расстройств являются:

- частые драки;
- постоянное непослушание;
- задиристость и жестокость по отношению к другим людям или животным;
- неподчинение авторитетам и действующим правилам поведения;
- постоянное вранье;
- побеги из дома;
- отсутствие в школе без уважительной причины;
- частые и интенсивные приступы злости;
- нарушения закона.

Поведенческие расстройства главным образом связаны с эмоциональной заброшенностью в раннем детском возрасте и с неподходящими методами воспитания, хотя их возникновению также способствуют и индивидуальные особенности ученика. При поведенческих расстройствах всегда следует тщательно анализировать состояние ученика, чтобы исключить или подтвердить наличие сопутствующих расстройств психического здоровья. Точная оценка психического здоровья входит в компетенцию детского психиатра. Диагностировать сопутствующие расстройства психического здоровья у учеников с поведенческими расстройствами очень сложно в основном по двум причинам. Во-первых, из-за поведенческого расстройства ученик не готов к совместной работе, а во-вторых, некоторые симптомы поведенческих расстройств частично совпадают с симптомами других расстройств психического здоровья (например, эмоциональные расстройства или синдром дефицита внимания и гиперактивности). Для лечения поведенческих расстройств прежде всего используются педагогические методы и адаптация окружающей среды. Адаптация окружающей среды для учеников с поведенческими расстройствами означает обучение в небольших группах под руководством таких учителей, которые могут установить строгие правила и добиться порядка на уроке, а также сохранить авторитетную позицию взрослого. Для изменения поведения ученика школа и дом должны вместе установить какие-то

цели и стремиться к их достижению. Если применение психопедагогических методов является неэффективным или если ученик имеет личные особенности (например, чрезмерная импульсивность), которые препятствуют применению этих методов, специалисты прибегают к помощи психофармаконов (в большинстве случаев используются нейрорептики или антидепрессанты), чтобы стабилизировать душевное состояние.

Зачастую к поведенческим расстройствам добавляется злоупотребление психотропными веществами (наркотики, алкоголь, летучие химикаты) или формирование зависимости от этих препаратов, хотя подобные расстройства душевного здоровья не рассматриваются в данной инструкции, т.к. соответствующие материалы можно получить из других источников. По этой же причине здесь отдельно не рассматривается зависимость от азартных игр и компьютера.

4.6 Специфические расстройства развития учебных навыков (F81)

Специфические расстройства развития учебных навыков проявляются в учебном процессе и выражаются в трудностях с освоением основных учебных навыков, при этом умственные способности ребенка соответствуют возрасту и ребенок обучается адекватно. Наиболее важные расстройства развития учебных навыков:

- специфическое нарушение способности овладения навыком чтения, или дислексия;
- специфическое нарушение способности овладения навыком письма, или дисграфия;
- специфическое нарушение способности изучения арифметики, или дискалькулия;
- специфические расстройства развития учебных навыков смешанного типа, при которых возникают затруднения с освоением навыков чтения, правописания и изучением арифметики.

При диагностировании и лечении специфических расстройств развития учебных навыков необходима помощь логопеда.

Наличие расстройств развития учебных навыков затрудняет для ребенка учебную работу и зачастую делает её неприятной, вследствие чего могут добавиться эмоциональные и поведенческие проблемы. Нередко в глаза бросаются как раз неадекватные поведенческие рисунки ребенка, и лишь при более тщательном рассмотрении выясняется, что причиной поведенческих проблем на самом деле являются специфические расстройства развития учебных навыков. Ученик со специфическими расстройствами развития учебных навыков нуждается в логопедической и специальной педагогической помощи, а также обязательно в систематической помощи и поддержке в обучении дома. Сильно выраженные специфические расстройства развития учебных навыков обуславливают особые потребности в сфере обучения. Ученик может нуждаться в индивидуальной помощи, может возникнуть необходимость в помещении ученика в класс выравнивания/специальную школу или в составлении индивидуальной учебной программы. Дети со специфическими расстройствами развития учебных навыков не всегда нуждаются в специальных преобразованиях учебной среды, однако им, несомненно, пойдет на пользу среда с небольшим количеством одновременно действующих стимулов и работа в небольших группах.

4.7 Расстройства приема пищи (F50)

Расстройства приема пищи – это такие расстройства душевного здоровья, при которых пища и питание сознательно используются с другой целью, кроме как удовлетворение потребности в еде – например, для изменения своей внешности и веса тела, снятия психологического напряжения и т.д. Расстройства приема пищи проявляются в изменениях привычек питания – в ограничении количества приемов пищи или количества самой пищи или в виде неконтролируемых приступов обжорства. Наиболее часто встречающимся расстройством приема пищи у детей школьного возраста, особенно у подростков, является *anorexia nervosa*. Несколько реже встречается *bulimia nervosa*.

Признаки, характерные для *anorexia nervosa*:

- преднамеренное ограничение себя в количестве потребляемой пищи с целью снижения веса тела – количество пищи, количество приемов пищи и её выбор сводятся к минимуму;
- увеличение физической нагрузки;
- преднамеренное выведение пищи из организма после еды, использование слабительных препаратов, а также препаратов, препятствующих усвоению пищи, и пр. меры, способствующие снижению веса;
- нарушение восприятия собственного тела – даже ученик с явно выраженным низким весом, страдающий анорексией, считает себя толстым;
- нарушение работы желез внутренней секреции (у девочек прежде всего в виде отсутствия менструаций или их позднего появления).

Анорексию в большинстве случаев вызывают психологические причины – замечания окружающих о внешности или весе тела; неудовлетворенность собой и желание быть похожим/похожей на идеальных моделей, которые фигурируют в средствах массовой информации и выглядят счастливыми и успешными по причине своей стройности и т.п. Как правило, анорексия начинается в подростковом возрасте, т.к. для нормального развития в этот период характерны самоанализ, сравнение себя с окружающими и поиск своего места в жизни. Поскольку при анорексии самоцелью является похудение и неправильное восприятие собственного тела подкрепляет кажущуюся значимость усилий, прилагаемых для достижения цели, страдающие анорексией ученики становятся хитрыми и скрывают информацию о своем истинном состоянии. Они могут соглашаться с необходимостью нормализовать свое питание, в действительности не намереваясь следовать рекомендациям из-за боязни растолстеть. *Anorexia nervosa* – это очень серьезное расстройство душевного здоровья, т.к. если оно имеет место на протяжении длительного периода времени, то может привести к органическим повреждениям организма или даже к голоданию до смерти. Ученика с подозрением на анорексию следует в любом случае направить на консультацию к специалисту (детскому психиатру или диетологу). Если вес тела ученика снизился до опасного уровня, необходимо длительное стационарное лечение. Целью лечения прежде всего является нормализация привычек питания и увеличение веса тела. Одновременно необходимо постоянное наблюдение за физическим состоянием. По мере увеличения веса тела можно начать применение психотерапии как для решения индивидуальных психологических проблем ученика, так и для налаживания отношений в его ближайшем социальном окружении.

Характерные признаки *bulimia nervosa*:

- повторяющиеся приступы обжорства с одновременным постоянным наблюдением за собственным весом;

- мысли ученика постоянно крутятся возле тем, связанных с едой, или ученик постоянно испытывает желание что-то съесть;
- выведение пищи из организма и употребление слабительных препаратов после приступов обжорства, чтобы не растолстеть и ослабить неприятные ощущения, сопутствующие обжорству;
- нарушение баланса электролитов в организме и функционирования органов по причине постоянного самостоятельного выведения пищи из организма;
- излишнее внимание к собственной внешности и форме тела, постоянное желание похудеть.

Учеников с булимией заметить сложнее, т.к. в большинстве своем они имеют нормальный и иногда даже слегка избыточный вес. Неконтролируемые приступы обжорства и связанные с ними способы поведения являются источником сильного психологического напряжения для самого ученика, вследствие чего он/она могут скрывать свои проблемы от членов семьи и других людей. При подозрении на *bulimia nervosa* ученик также нуждается в помощи специалиста соответствующего профиля для преодоления своих проблем. Лечение заключается в нормализации привычек питания и решении психологических проблем.

Расстройства приема пищи зачастую принимают хронический характер. Состояние, нормализовавшееся в результате приема лекарственных препаратов, может вновь ухудшиться под воздействием каких-либо причин.

4.8 Общие первазивные расстройства психологического развития, или расстройства аутистического спектра (F84)

Первазивные расстройства развития – это расстройства психологического развития, являющиеся следствием специфических особенностей мозговой деятельности, при которых способность к социальному взаимодействию и общению не развивается в соответствии с возрастом, наблюдается ограниченность интересов и действий, их однообразие и повторяемость. Особенности психической деятельности, присущие первазивному расстройству развития, могут быть слабо или сильно выраженными. Несмотря на в принципе похожие особенности психической деятельности, дети с первазивными расстройствами развития очень отличаются друг от друга. Наиболее частыми первазивными расстройствами являются аутизм и синдром Аспергера.

Признаки, характерные для аутизма:

- нелюдимость, пребывание в «собственном мире» и неспособность вести себя в соответствии с возрастом в социальных ситуациях, понимать язык тела другого человека и самовыражаться при помощи языка тела;
- нарушения речи и языкового развития – неумение начинать и продолжать беседу (несмотря на уровень языковых навыков) и поддерживать диалог; повторяющееся и однообразное характерное использование языковых конструкций, слов, фраз;
- использование эха – повторение заданных вопросов без предоставления содержательного ответа;
- неспособность проявлять гибкость в повседневных действиях или в общении;
- отсутствие зрительного контакта или очень короткий зрительный контакт;
- склонность к постоянному монотонному повторению рутинных действий или действий, касающихся более узкой сферы интересов;

- постоянное повторение движений или действий по причинам, которые трудно понять окружающим (например, хождение на цыпочках, сгибание пальцев, складывание предметов в ряд и т.п.);
- концентрация внимания на отдельных деталях предметов, представляющих интерес, например, на вращении колеса, рельефе поверхности, производимом шуме и т.п.;
- сложности с пониманием потребностей собственного тела и при управлении физической деятельностью;
- сенсорная сверхчувствительность, например, в отношении прикосновений, определенных запахов, звуков, света и т.п.;
- трудности при восприятии абстрактных понятий (время, расстояние и т.д.);
- хорошая память при запоминании интересных фактов, однако недостаточная способность связывать изученные факты между собой и использовать их в нужное время в подходящем контексте.

К аутизму может добавиться умственная отсталость различной степени тяжести, синдром дефицита внимания и гиперактивности, эпилепсия и эмоциональные расстройства. Ученики с аутизмом очень плохо переносят неожиданные перемены, кажущиеся бессмысленными (например, отмена запланированного урока, перенос урока в другое помещение и т.д.), и по причине чрезмерной тревожности могут вести себя непредсказуемо и агрессивно в отношении самих себя и окружающих.

Признаки, характерные для синдрома Аспергера:

- некомпетентность в социальных ситуациях, человек с синдромом Аспергера может точно знать правила социального общения, однако не уметь применять их в жизни в нужное время в нужном месте;
- ограниченный круг интересов и умений, их постоянное и однообразное повторение;
- повторяющиеся и монотонные способы поведения, ритуалы и/или движения;
- соответствующее возрасту развитие речи, однако имеются затруднения при использовании языка в социальных ситуациях, попытках понять значение слов и выбрать правильные ритм, темп речи и высоту голоса;
- трудности с восприятием абстрактных понятий (например, скоро, сейчас, после и т.п.), проблемы с восприятием времени, оценкой расстояния и сравнением различных дистанций и т.п.;
- негибкое мышление, трудности с адаптацией новых образов мышления, трудности при обобщении собственного опыта и получении новых знаний на его основе;
- слишком детальное восприятие окружающей среды, уделение чрезмерного внимания какой-либо детали, трудности при восприятии целого;
- сверхчувствительность или отсутствие чувствительности в отношении определенных звуков, света, прикосновений, вкуса и запаха, температуры или боли;
- умышленное ослабление внимания, очень сложно или невозможно сосредоточиться на действиях, которые не представляют интереса (например, учеба);
- проблемы с моторикой, в особенности с мелкой моторикой – неловкость во время занятий спортом, трудности при обучении завязыванию шнурков, небрежный и плохо читаемый почерк и т.п.;

При общении с человеком, у которого имеется первазивное расстройство развития, необходимо, чтобы:

- взаимодействующие с ним люди понимали его особенности и считались с ними, инструктировали и обучали его поведению в социальных ситуациях, пониманию других людей;
- дни и подлежащие выполнению действия были распланированы;
- ситуации были понятными и предсказуемыми, также не должно быть неожиданных изменений в распорядке дня или недели;
- собеседник избегал тем, в отношении которых человек с расстройством психического здоровья особенно чувствителен;
- при общении использовались четкие и конкретные выражения, а не иносказательная речь;
- никто не критиковал и не порицал странности в его поведении, связанные с его особенностями;
- окружающие люди ценили его сильные стороны и помогали ему их развивать.

Первазивное расстройство развития диагностирует детский психолог и его ассистенты, используя соответствующие методики. В настоящее время существует множество теорий относительно возникновения первазивных нарушений развития, однако отсутствуют надежные теории их возникновения, основанные на доказательствах. По этой причине в медицине нет надежных методов лечения первазивных расстройств развития и в основном при оказании помощи ученикам с такими расстройствами применяются способы обучения и воспитания с использованием методов аутистической педагогики. Ученики с первазивными расстройствами развития, в зависимости от тяжести проявления особенностей психической деятельности, нуждаются в адаптации учебной среды. Для большинства детей с первазивными расстройствами развития необходимо отдельное рабочее место в классе, а также наличие возможности получения индивидуальной помощи от учителя. Среда и распорядок дня должны быть хорошо структурированы, и изменения в привычном распорядке дня необходимо планировать заранее и сообщать о них ученику понятным для него образом. Ученики с первазивным расстройством развития могут проявлять излишнюю тревожность и, следовательно, неуправляемость поведения в неожиданных и непонятных для них ситуациях. В таких случаях нужно отделить их от других детей и отвести в место, где они могут успокоиться.

4.9 Умственная отсталость (F 7)

Умственная отсталость – это медленное развитие всех психических функций, не соответствующее возрасту. Меньше всего развиваются высшие психические функции – анализ-синтез и мышление. Зона развития ограничена – это проявляется в том, что развитие способностей и навыков ученика не достигает соответствующего возрасту уровня, несмотря на постоянное применение специальных методик развития. Умственная недостаточность делится на следующие степени тяжести:

- легкая умственная недостаточность;
- умеренная умственная недостаточность;
- тяжелая умственная недостаточность;
- глубокая умственная недостаточность.

Умственная недостаточность не лечится, однако исходя из уровня способностей и навыков ученика необходимо постоянно заниматься деятельностью, направленной на развитие, а также соответствующим способностям обучением. При общении с учеником с умственной недостаточностью необходимо учитывать его действительную способность к пониманию и уровень развития, а не его хронологический возраст. Обычно сильно выраженная умственная отсталость проявляется в дошкольном возрасте, и ребенок своевременно направляется в учебное заведение с подходящими для него условиями и учебной программой. Однако иногда дети с умственной отсталостью попадают в обычную школу, и проблемы становятся очевидны по мере возникновения трудностей с учебой.

Для диагностирования умственной отсталости специалисты, прошедшие соответствующие обучение, должны проводить дополнительные исследования с использованием соответствующих методик, а также исследования психической деятельности с учетом всех обстоятельств развития ребенка. Зачастую умственной отсталости сопутствуют другие проблемы со здоровьем, например, эпилепсия, астма, заболевания обмена веществ, физические увечья, нехватка анализаторов, эмоциональные расстройства, первазивные расстройства развития, поведенческие расстройства и т.д. Умственная отсталость обуславливает особые потребности в обучении, по причине которых обучение учеников с различными степенями тяжести умственной отсталости проходит по разным государственным учебным программам. Для учеников, получающих знания по упрощенной учебной программе, важны как содержание учебной программы, так и методика, по которой они обучаются. Чем слабее умственные способности, тем больше должна быть адаптирована учебная среда. В среде, благоприятствующей успешному функционированию ученика в повседневной жизни, предназначенная для ученика информация должна быть выделена и представлена ученику ясным и понятным образом, помещения – надежно структурированы, а правила поведения для находящихся в учебных помещениях учеников разъяснены учителем и тщательно заучены учениками. Подходящим является обучение в небольшом коллективе в среде с небольшим количеством действующих одновременно стимулов.

4.10 Энурез и энкопрез (F98)

Энурез выражается в недержании мочи во время сна или в дневное время, а энкопрез – в недержании кала и в пачкании калом (а не просто грязью) одежды преимущественно в дневное время. Такие состояния рассматриваются в качестве психических расстройств, если в ходе медицинских обследований не удастся обнаружить каких-либо органических причин.

Если такие проблемы возникают у ребенка, который ранее нормально поддерживал чистоту, следует в первую очередь уточнить его физическое состояние. Если не удастся обнаружить каких-либо органических причин, вероятнее всего, энурез и/или энкопрез имеет связь с какими-нибудь эмоциональными переживаниями. При подозрении на эмоциональные проблемы следует всесторонне оценить состояние ученика, проведя совместную работу с членами семьи и школьным психологом или со специалистами (психолог, психиатр) за пределами школы.

Иногда ночное недержание мочи длится с младшего дошкольного (нормальным ночное недержание мочи считается до пяти лет) до переходного возраста без «сухих» периодов. Обычно в таких случаях речь идет о сильной наследственной предрасположенности и не удастся обнаружить каких-либо органических заболеваний мочевыводящих путей. Для лечения такого ночного недержания мочи, помимо приведения ребенка в порядок перед сном, используются трициклические антидепрессанты по вечерам перед отходом ко сну. При ночном недержании мочи необходим правильный режим сна и постоянное выполне-

ние определенных действий перед сном – кормление не позже чем за три часа до укладывания в кровать, посещение туалета, предотвращение действий, повышающих уровень возбуждения, перед отходом ко сну. Рекомендуется ведение утреннего календаря, в котором ученик может обозначать «сухую» ночь при помощи какого-нибудь забавного символа. Это поможет собрать данные о развитии проблемы и каких-либо изменениях и мотивировать ученика на избавление от неприятного заболевания.

При дневном недержании мочи необходимо регулярное посещение туалета, основательное опустошение мочевого пузыря и решение эмоциональных проблем. Если недержание мочи или кала длится дольше младшего дошкольного возраста без периодов поддержания постоянной чистоты, в большинстве случаев речь также идет о запорах или проблемах с приучением к туалету. При энкопрезе важно формировать привычку посещения туалета и нормализовать деятельность работы желудка при помощи такой диеты, которая поможет избежать образования запоров.

Ученик, которого не помыли или которому не поменяли одежду после ночного недержания мочи может издавать неприятный запах, что вызывает отторжение и насмешки со стороны других учеников. По этой причине ученики с энурезом и энкопрезом (а иногда и члены их семей) нуждаются в консультировании и помощи относительно формирования и закрепления привычек, связанных с гигиеной.

4.11 Психические расстройства (F 20-29)

Психические расстройства прежде всего выражаются в изменениях восприятия реальности, мыслительной деятельности, чувств, а также в волевых расстройствах, по причине которых поведение ребенка начинает отличаться от прежнего, становится странным и/или непредсказуемым. Начало психоза может быть неожиданным, а изменившееся поведение ученика становится отчетливо заметным. Однако в большинстве случаев психическое расстройство развивается постепенно, проявляясь поначалу лишь в легких затруднениях с учебой и концентрацией внимания, а также в изменениях поведения. Начало психического расстройства в дошкольном возрасте встречается редко, наиболее часто психическое расстройство начинается в юношеском возрасте. Психические расстройства – это своеобразная подгруппа расстройств душевного здоровья, однако симптомы психоза могут встречаться и при наличии других расстройств душевного здоровья – например, при тяжелой депрессии, биполярном расстройстве, повреждениях после травмы головного мозга и при употреблении некоторых психоактивных веществ.

Для психических расстройств характерны:

- нарушения восприятия реальности – ученик воспринимает происходящее вокруг или внутри него отличным от действительности образом;
- иллюзии (ребенок слышит «голоса», видит несуществующие объекты; чувствует непривычные запахи и т.д.);
- нарушения мышления (мышление ускоряется или замедляется, ход мыслей прыгающий и бессвязный, бредовые мысли – ученик придает вещам особое значение, у которого отсутствует связь с реальностью);
- безудержная веселость, эмоциональное притупление или неадекватность (неуместные, несоответствующие ситуации эмоциональные проявления), безосновательная тревожность;
- изменения волевой активности – беспокойство и неусидчивость или спад волевой активности до сильного торможения, при котором ученик теряет интерес к окружающей среде и происходящим с ним событиям.

По причине нарушений мыслительной деятельности, области чувств и волевых расстройств поведение ученика становится странным и труднопонятным, ухудшается успеваемость и отношения со сверстниками и взрослыми. Ученик с подозрением на психоз непременно нуждается в консультации психиатра для оценки его состояния и выявления его возможных причин. При психическом расстройстве, проявившемся впервые, оценка состояния в большинстве случаев осуществляется в психиатрической больнице.

Для лечения психоза используются антипсихотические препараты, которые нередко могут иметь нежелательные побочные эффекты – например, увеличение веса тела, гормональные изменения. После первичного эпизода психоза следует принимать лекарства по крайней мере в течение пары лет.

Психическое расстройство обуславливает особые потребности в сфере обучения в виде изменения учебной нагрузки или формы обучения, т.к. ученик с нарушением восприятия реальности не может принимать участие в процессах, происходящих в реальности, соответственно ожиданиям. На обучаемость также могут повлиять побочные эффекты лекарств, хотя под их воздействием симптомы психического расстройства слабеют. Иногда необходимо объяснить другим ученикам в классе причины очевидных перемен в поведении ученика, чтобы ученик с серьезными проблемами со здоровьем не стал жертвой издевательств или унижения. Не нужно в подробностях разъяснять состояние здоровья ребенка с психическим расстройством, стоит лишь сказать, что ребенок, чье поведение изменилось, нуждается в понимании, поддержке и помощи.

Тики (F 95)

Тики – это произвольные движения, которые проявляются в виде неожиданных, зачастую повторяющихся подергиваний одной мышцы или групп мышц. Моторные тики обычно выражаются в виде моргания глаз, подергивания шеи, движений головы, подергивания плеч и лицевых гримас или сложных комплексных подергиваний, включающих удары рукой по телу, прыжки и подпрыгивания. Простые вокальные тики встречаются в виде покашливания, горловых звуков, шипения или шмыганья носом. Сложные вокальные тики проявляются в виде повторения слогов, импульсивного высказывания нецензурных или непристойных слов и/или повторения придуманных звуков или слов.

Степень тяжести тиков может быть очень различной, начиная от кратковременных быстро проходящих тиков до сложных комплексных тиков, мешающих нормальной жизни. При синдроме Жилия де ла Туретта наблюдаются как моторные, так и вокальные тики и иногда в настолько тяжелой форме, что они вызывают значительные сложности при выполнении каждодневных действий и обязанностей.

В стрессовой ситуации тики учащаются, во время сна – пропадают. Тики встречаются у мальчиков чаще, чем у девочек, также очевидно проявление определенного типа тиков по семейной линии. Если тики не мешают повседневным действиям, лекарственные препараты не применяются, а предпринимаются попытки восстановить здоровье посредством сокращения факторов стресса в окружающей среде. Если тики мешают повседневной жизни, в схему лечения включаются лекарственные препараты, в основном нейролептики.

V Возможности оказания медицинской помощи ученикам с проблемами психического здоровья в Эстонии

При наличии расстройств психического здоровья, требующих медицинского вмешательства, необходимо:

- Направить ученика к детскому психиатру, а при отсутствии такого специалиста – на прием к простому психиатру или в экстренных и неизбежных случаях – в приемный покой психиатрической больницы. Детская психиатрическая помощь в Эстонии сосредоточена главным образом в Таллинне, Тарту и Вильянди, где имеются возможности для амбулаторного и стационарного лечения. В большинстве уездов имеются возможности получения амбулаторных консультаций и помощи по вопросам детской психиатрии.
- Для получения первой помощи можно обратиться и к другим врачам-специалистам (семейный врач, детский врач и т.д.) или к психологу, который при необходимости направит ученика к детскому психиатру. При возникновении у ребенка проблем психического здоровья родитель может по собственной инициативе обратиться на прием к психиатру. Для этого не нужно направления, достаточно предварительной регистрации.
- Для оценки психического здоровья ученика необходимы данные о жизни ребенка, его развитии, здоровье, поведении и функционировании в повседневной жизни (например, характеристика из школы).

Организация оказания детской психиатрической помощи.

- Для направления ученика к психиатру необходимо согласие родителя или законного представителя ребенка. Если родитель ученика уполномочивает обратиться с учеником к психиатру другого взрослого, необходимо письменное согласие родителя.
- Согласно статье 11 Закона о психиатрической помощи ученика разрешается поместить в психиатрическую больницу без согласия законного представителя и самого ученика в случае, если одновременно проявляются перечисленные ниже симптомы:
 - у ученика имеется серьезное психическое расстройство, которое ограничивает его способность понимать или контролировать свое поведение;
 - если ребенок не получит надлежащего лечения, его поведение будет представлять угрозу для жизни, здоровья и безопасности его самого или окружающих людей;
 - другая психиатрическая помощь оказалась недостаточной.
- Ученика можно содержать в психиатрической больнице дольше 48 часов без его собственного согласия и согласия его законного представителя только с разрешения суда.
- В ходе оценки психического здоровья детский психиатр выносит решение относительно того, каких специалистов в области детской психиатрии (логопеда, психолога, социального работника, медсестру соответствующей квалификации, личного помощника) необходимо привлечь к обследованию ученика и есть ли необходимость в проведении дополнительных обследований другим врачом-специалистом или в направлении ученика в больницу.

- Ученик, находящийся на лечении в психиатрическом отделении, должен участвовать в учебной работе настолько, насколько позволяет состояние его душевного здоровья. Средний срок пребывания в отделении детской психиатрии на обследовании составляет 14 дней, максимальный срок – 21 день, однако длительность пребывания в больнице зависит от состояния здоровья ученика. В некоторых случаях (например, при наличии тяжелых нарушений питания, аффективного расстройства или психотического расстройства) ученик должен находиться в больнице несколько месяцев.
- В соответствии с Законом о защите личных данных данные о душевном здоровье ученика можно передавать за пределы лечебного процесса только с согласия родителя или иного законного представителя ученика. Закон не запрещает обмен необходимыми данными, и в интересах ученика необходимо добиться совместной работы между специалистами, школьными работниками, которые находятся в курсе проблем ученика, членами семьи и самим учеником. Совместная работа предполагает доверительные отношения между участниками, соблюдение требований конфиденциальности и наличие точных договоренностей относительно того, как именно будет проходить совместная работа.
- Зачастую предполагается, что родитель может и готов принять ответственность за своего ребенка и нести её, он владеет достаточным количеством навыков для воспитания ребенка и ориентируется в областях, связанных с его воспитанием и развитием. В то же время могут возникать ситуации, в которых родитель не может или не способен принять ответственность за здоровье и потребности в развитии своего ребенка. В этом случае каждому человеку, которого коснулась такая ситуация, необходимо сообщить о нуждающемся в помощи ребенке в органы защиты прав ребенка, которые смогут вмешаться в ситуацию в соответствии с положениями Закона о защите прав ребенка.

VI Степень тяжести дефекта и реабилитация

Реабилитация – это деятельность, целью которой является нормализовать и поддерживать как можно более высокий уровень физического, эмоционального, психического и/или социального функционирования человека, предоставив ему большую независимость. Организацию реабилитации регулирует Закон о социальной опеке, а реабилитационные услуги перечислены в постановлении Правительства Республики № 256 от 21.12.2007 г., в котором также указано, какое количество услуг можно оказывать в течение одного календарного года.

Право на реабилитационные услуги имеют:

- все дети, ходатайствующие об установлении степени тяжести дефекта, а также лица трудоспособного возраста, ходатайствующие об установлении степени тяжести дефекта у детей, в отношении которых Департамент социального страхования выносит соответствующее решение;
- дети и взрослые с дефектами;
- лица трудоспособного возраста (от 16 лет до пенсионного возраста) с особой потребностью по причине психического расстройства, чья потеря трудоспособности составляет не менее 40%;
- лица, направленные решением комиссии по делам несовершеннолетних.

Процесс установления степени тяжести дефекта у ребенка инициирует родитель. Обычно родитель делает это по рекомендации лечащего врача, однако иногда и без неё. Ходатайствовать об установлении степени тяжести дефекта можно в случае, если психическое расстройство тяжелое и длительное и по этой причине ребенок каждый день нуждается в дополнительной помощи. Для установления степени тяжести дефекта родитель должен подать заполненное надлежащим образом ходатайство о проведении экспертизы в Департамент социального страхования (СКА). При заполнении ходатайства родитель должен ответить на вопросы, которые касаются потребности в уходе за его ребенком, надзора над ним и связанных с этими услугами дополнительных расходов. Также в ходатайстве родитель должен указать фамилию и данные врача-специалиста, который лечит ребенка, у которого СКА запросит письменную информацию (в течение 10 дней) о состоянии здоровья ребенка.

СКА запросит описание состояния здоровья ребенка у врача, чьи данные указаны в ходатайстве о проведении экспертизы. Когда будут собраны все необходимые документы для установления тяжести дефекта, СКА передаст их врачу-эксперту. Основанием для решения СКА является мнение/оценка врача-эксперта.

Основанием для оценки врача-эксперта являются:

- письменная информация, полученная от лечащего врача ребенка;
- письменная информация, полученная от родителя;
- реабилитационный план ребенка;
- понятия, приведенные в статье 2 Закона о социальных пособиях для дефективных лиц (PISTS).

Продолжительность степени тяжести дефекта также определяет врач-эксперт. Экспертиза по установлению степени тяжести проводится только на основании документов – родитель

и ребенок не встречаются с лицом, проводящим оценку степени тяжести дефекта и выносящим решение. Решение о проведении экспертизы и план реабилитации отсылаются по почте на домашний адрес. Реабилитационную услугу можно оказывать ребенку, у которого имеется дефект какой-либо степени тяжести и план реабилитации.

Реабилитация включает в себя не только медицинскую помощь. В ходе оказания реабилитационной услуги проводится оценка способности ученика функционировать в повседневной жизни и потребность в посторонней помощи, вносятся предложения относительно адаптации домашней и учебной среды, приобретения и использования вспомогательных средств с целью улучшения социального функционирования ученика в будущем. Общее понятие реабилитации включает в себя восстановительное лечение, социальную, педагогическую и профессиональную реабилитацию и основывается на плане реабилитации, составленном специальной командой. Составители плана руководствуются принципами целостного подхода и привлекают к работе различных специалистов: социального работника, врача, медсестру, семейного терапевта, психолога, логопеда, специалиста в области специальной педагогики, оккупационного терапевта и физиотерапевта. Целью реабилитации ученика с дефектами является предоставление ему возможности эффективно прожить жизнь таким, какой он есть, и добиться того, чего он может добиться при использовании своих способностей и ресурсов. В общем случае основная цель заключается в получении посильного образования и развития навыков самостоятельного функционирования в повседневной жизни. Это поможет ученику найти свое место в обществе, а также предотвратить или уменьшить проблемы, а также сократить ущерб и ограничения, связанные с имеющимся у ученика расстройством. Весь процесс может длиться долгое время и необходимо добиться совместной работы лиц, имеющих соответствующую квалификацию. При этом важно, чтобы рядом с учеником был человек, который мог бы нести ответственность за его реабилитацию и был в курсе всех проблем с его здоровьем и всего процесса реабилитации. Хотя родители являются неизбежными партнерами в процессе реабилитации, основная ответственность лежит на учреждении здравоохранения. Поскольку эффективность реабилитации в значительной степени зависит от внесения изменений в повседневную жизнь ученика и ученик проводит большую часть своего дня в школе, важно добиться совместной работы между школой, реабилитационным учреждением и домом ученика. По этой причине лицом, которое будет следить за выполнением плана и координировать ученика, мог бы стать медицинский работник, взаимодействующий с учеником наиболее часто, например, школьная медсестра. Во время процесса реабилитации школьная медсестра может консультировать, мотивировать ученика, достигать с ним каких-либо соглашений и следить за соблюдением схемы лечения, назначенной врачом.

Заключение

Психическое здоровье – это важная часть общего здоровья ученика, которая гарантирует его благополучие и успешное функционирование в повседневной жизни. Как в отношении детей в целом, так и в связи с их психическим здоровьем в частности нельзя на основании закономерностей развития детского возраста надеяться на то, что ученики сами смогут заметить и проанализировать всё, что происходит внутри или вокруг них. По причине ограниченного жизненного опыта ученик может считать нормальным обращение и способы общения, которые могут показаться ненадлежащими или даже опасными стороннему наблюдателю.

Родители учеников имеют различные предпосылки, возможности и умения, вследствие чего не всегда можно надеяться на их сознательность при оценке здоровья собственного ребенка.

Исходя из всего вышеперечисленного, все взрослые, тем или иным образом взаимодействующие с ребенком, обязаны быть внимательными в отношении того, что происходит внутри и вокруг него. Школьная медсестра имеет возможность, опираясь на свои знания и навыки, давать ученикам советы о поддержании своего здоровья, в т.ч. психического здоровья; консультировать школьных работников относительно организации школьной среды, особенно в том случае, если по причине расстройства психического здоровья у одного из учеников возникли особые потребности в отношении школьной среды; консультировать родителей по вопросам психического здоровья учеников и функционирования детей с проблемами психического здоровья. Школьная медсестра играет важную роль, т.к. она может обнаружить у учеников проблемы психического здоровья, уточнить их состояние и направить их к специалисту, если потребуется дальнейшая помощь.

Приложения

Приложение № 1

Примеры вопросов для беседы с учеником

Расскажи о своей семье, кто живет вместе с тобой?

Как ты ладишь со своими братьями-сестрами?

Кто еще живет в вашей семье?

Если у тебя есть проблемы, с кем ты их обсуждаешь?

Как вы ладите между собой?

Кто из членов семьи наиболее близок тебе?

Кто доставляет больше всего проблем, расскажи о них.

Ты хочешь рассказать о своей семье что-то еще?

Расскажи о своем классе, учителе, одноклассниках.

Как тебе нравится школа?

Какие у тебя любимые школьные предметы? Что тебе нравится/не нравится?

Что еще ты хочешь рассказать мне о школе?

Какой ты по характеру?

Как ты думаешь, что думают о тебе твои родители, друзья, одноклассники?

Если бы ты мог что-то изменить в себе, что бы это было?

Какой ты по сравнению со своими друзьями?

Насколько ты нравишься самому себе?

Ты хочешь рассказать о себе что-то еще?

Как ты думаешь, чем ты будешь заниматься через пять лет?

Чем ты хочешь заниматься, когда вырастешь?

Каким ты станешь, когда вырастешь?

Ты хочешь рассказать о своем будущем что-то еще?

Чем ты занимаешься в свободное время?

Как ты обычно себя чувствуешь?

Как ты чувствуешь себя в данный момент?

Какая самая неприятная вещь случалась с тобой в твоей жизни?

Что ты делаешь, когда тебе грустно?

Что влияет на твое настроение?

Что тебя радует? Огорчает?

Какое самое грустное событие с тобой случилось?

Как ты спишь?

Расскажи о том, что может тебя разозлить и каким ты становишься, когда злишься?

Что ты делаешь, когда злишься? Что может тебя разозлить?

Что ты делаешь, когда тебе очень чего-то хочется, но ты не можешь это получить? Как ты обычно ведешь себя на уроке? Как ты учишься дома?

За что ты можешь сильнее всего рассердиться? Какие происшествия или неудачи случались с тобой?

Приложение 2

Техники общения

Техники, которые облегчают описание

Открытость. Сестра ведет себя открыто и проявляет интерес и обеспокоенность (например: сестра говорит ученику: «Я посижу здесь рядом с тобой. Я останусь с тобой»).

Активное слушание. Сестра уделяет внимание ученику как в виде вербального, так и невербального общения в отношении моделей мышления, чувств и поведения (например: сестра смотрит прямо на ученика, зрительный контакт, ведет себя открыто, отвечает по существу).

Молчание. Когда медсестра воздерживается от замечаний, это может способствовать тому, что ученик будет сам больше думать и говорить (например: медсестра сохраняет зрительный контакт, проявляет интерес и обеспокоенность выражением лица).

Сопереживание. Медсестра признает чувства ученика и соглашается с ними (например: «Я слышу, как тебе больно об этом говорить»).

Опрос. Медсестра использует открытые вопросы, что помогает ей получить более важные и глубокие ответы (например: кто? что? где? что ты сказал? что произошло? расскажи мне об этом). Полезно не использовать закрытые вопросы, требующие ответов да/нет.

Общее направление беседы. Медсестра использует нейтральные выражения, чтобы подбодрить ученика (например: «Продолжай, я тебя слушаю», «Я слышала, что ты сказал»).

Повторение. Медсестра в точности повторяет слова ученика, чтобы напомнить ему, что он сказал. Так ученик будет знать, что его услышали (например: «Ты сказал, что скоро пойдешь домой», «Твоя мама не обрадовалась, увидев тебя»).

Формулирование предполагаемых фактов. Медсестра выражает мысли ученика другими словами, чтобы подчеркнуть основной смысл (например: ученик: «Дома нечего делать». Медсестра: «Похоже, дома тебе скучно»).

Пояснение. При необходимости медсестра просит ученика подробно пояснить сказанное им ранее или высказать какие-либо идеи (например: медсестра ученику: «Что ты имел в виду, когда сказал, что чувствуешь себя плохо изнутри?», «Поясни, что ты имел в виду под словом „потеря“?»).

Техники, которые облегчают анализ и формулирование заключений

Озвучивание наблюдений. Медсестра подбадривает ученика, комментируя увиденное или услышанное. Это помогает продолжить беседу (например: «Ты выглядишь обеспокоенным», «Я заметила, что тебе трудно принять решение...»).

Просьбы описать собственное восприятие. Медсестра просит ученика описать, как он видит сложившуюся ситуацию (медсестра ученику: «Как ты думаешь, что сейчас с тобой происходит?», «Ты думаешь, что эта тема связана с твоим другом?»). *Выстраивание очередности событий.* Медсестра просит ученика выстроить важные события его жизни в хронологическом порядке (например: «Когда ты это сделал?», «Что тогда произошло?», «Что тебя к этому привело?», «Какая связь между...?»).

Просьба провести сравнения. Медсестра просит ученика найти сходства и различия между чувствами, поведением и событиями. (например: «Как это можно сравнить с последним разом?», «Какие особенные чувства ты испытываешь сегодня?»).

Идентификация тем. Медсестра просит ученика идентифицировать повторяющиеся мысли, чувства и поведенческие рисунки (например: «Что ты делаешь каждый раз, когда споришь с отцом/матерью?», «Какие чувства овладевают тобой, когда ты это видишь?»).

Подведение итогов. Медсестра дает обзор основных мыслей и выводов (например: «Так, посмотрим, на данный момент ты рассказал...»).

Техники, которые облегчают интерпретацию смысла и важности

Концентрация. Медсестра «ведет» тему до тех пор, пока не станет ясен её смысл (например: «Поясни», «Что может спровоцировать для тебя конфликтную ситуацию?», «Что происходит, когда ты чувствуешь себя таким образом?»).

Интерпретация. Медсестра дает оценку значению или смыслу (например: «Похоже, что для тебя это очень важно», «Похоже, что у тебя затруднения»).

Просьба дать оценку. Медсестра просит ученика выразить свое мнение о смысле или важности чего-либо (например: «Итак, что всё это означает для тебя?», «Насколько серьезно это для тебя?», «Насколько важным для тебя является изменение поведения?»).

Техники, которые облегчают решение проблем и принятие решений

Рекомендация совместной работы. Медсестра предлагает ученику помощь в решении проблем (например: медсестра ученику: «Я помогу тебе, чтобы ты лучше это понял», «Посмотрим, сможем ли мы найти решение»).

Стимулирование постановки целей. Медсестра просит ученика решить, в изменениях какого типа он нуждается (например: «Как ты думаешь, что нужно изменить?», «Что бы ты хотел сделать по-другому?»).

Предоставление информации. Медсестра предоставляет информацию, которая поможет ученику принять какое-то решение (например: «Я предоставлю тебе обзор твоих проблем/ситуации», «Можно принять участие в группах общения для учеников»).

Просьба взвесить различные варианты. Медсестра просит ученика взвесить хорошие и плохие стороны различных возможных вариантов (например: «В чем заключается преимущество этого варианта?», «Что случится, если ты попробуешь?»).

Стимулирование принятия решений. Медсестра просит ученика сделать выбор из ряда вариантов (например: «Какой вариант будет наилучшим выбором для тебя?», «Что работает лучше всего?»).

Стимулирование формулирования плана. Медсестра шаг за шагом спрашивает о том, какие меры необходимо включить в план (например: «Что требуется сделать, чтобы выполнить план?», «Что еще тебе для этого нужно?»).

Техники, которые облегчают осуществление планов

Тестирование нового поведения и оценка результатов.

Упражнения. Медсестра просит дать устное описание того, что говорится или делается (например: «Пожалуйста, назови мне точно, что ты говоришь/делаешь?»).

Ролевые игры. Совместное проигрывание нового типа поведения, медсестра играет какую-то роль (например: медсестра ученику «Я буду играть роль твоей/твоего... Что бы ты хотел мне сказать?»).

Противопоставление. Медсестра признает, что меняться нелегко, однако упорство приводит к цели (например: «Я знаю, что это нелегко сделать, но думаю, что ты справишься», «Да, это сложно, но всё же попробуй»).

Установление ограничений. Медсестра не одобряет непродуктивные мысли и поведение, чтобы стимулировать продуктивные мысли (например: «Ты вновь используешь агрессивный тон. Попробуй еще раз», «Предложение, которое ты сказал о себе, очень негативное. Скажи о себе что-нибудь позитивное»).

Обратная связь. Медсестра указывает на особое поведение и высказывает свое мнение о реакции ученика (например: «Я думала, ты разозлился, когда ты сказал...», «Когда ты сказал..., я почувствовала...»).

Просьба оценить ситуацию. Медсестра просит ученика оценить свои действия и результат (например: «Насколько успешным был результат, когда ты попробовал это применить?», «Какой была твоя реакция?»).

Закрепление. Медсестра дает позитивный отклик о хорошем поведении (например: «Этот новый способ поведения тебе подходит. Продолжай в том же духе»).

Повторение этапов при необходимости. Медсестра использует этапы, чтобы получить описание: что произошло, уровень достигнутого успеха и идеи о переменах (например: «Что в следующий раз может помочь тебе выполнить работу лучше?», «Когда всё сложилось не самым лучшим образом, что бы тебе хотелось изменить к лучшему?»).

Приложение 3

Шкала хорошего самочувствия ВОЗ (WHO-5 Scale of Well-being)

В течение последних двух недель	Всё время	Большую часть времени	Больше половины времени	Меньше половины времени	Редко	Ни разу
Я чувствовал себя радостным/радостной, был/была в хорошем настроении						
Я чувствовал себя спокойным/спокойной						
Я чувствовал себя активным/активной и энергичным/энергичной						
Я чувствовал себя активным/активной и энергичным/энергичной						
Я занимался/занималась тем, что меня интересует						

Все пять аспектов хорошего самочувствия оцениваются по шкале из пяти пунктов (0 – вообще ни разу, 5 – всё время). Теоретическое количество баллов – от 0 до 25. Большое количество баллов означает хорошее самочувствие. Результат ниже 13 баллов свидетельствует о плохом самочувствии, рекомендуется уточнить его причины.

Использованные источники:

Almqvist, F., jt Laste- ja noorukitepsühhiaatria. Medicina, 2006.

Barry, F. Mental Health and Mental Illness. 7.th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2002.

Bech, P, Awata, S. Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. In: Wasserman, D., Wasserman, C. (Eds.). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford University Press, New York, 2009.

Laukkanen, E. (Toim.) Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit. Medicina, 2008.

RHK-10. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. Tartu Ülikool, 1995.

Psühhiaatria. Medicina, 2000.

Рекомендуемая литература:

Enesetappude ennetamine: abiks esmatasandi tervishoiutöötajale. WHO väljaande Eestile kohandatud ja täiendatud tõlge Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut 2008.

PITRA tarkuseraamat. Tervise Arengu Instituut.

Butterworth, G., Harris, M. Arengupsühholoogia alused. TÜ Kirjastus 2002.

Mehilane, L. Laste vaimne tervis. Tartu, 2000.

Rogers, B. Taasleitud käitumine. TÜ Kirjastus 2008.

Undrewood Barnard, M., Kuidas aidata depressioonis last. Ersen, 2005.

ISBN 978-9949-461-17-2 (в печати)
ISBN 978-9949-461-18-9 (pdf)