

**Мустафина А.<sup>1</sup>, Амитов С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>докторант PhD, Казахский национальный университет имени аль-Фараби,  
Казахстан, г. Алматы, e-mail: aigul\_m5@mail.ru

<sup>2</sup>кандидат социологических наук, доцент, Казахский национальный университет имени аль-Фараби,  
Казахстан, г. Алматы, e-mail: sultan\_amitov@mail.ru

**ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ДЕТЕЙ  
С СДВГ В ОБРАЗОВАНИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одной из наиболее распространенных форм психоневрологического расстройства среди детей. СДВГ характеризуется нарушением концентрации внимания, повышенной гиперактивностью, импульсивностью в социальном поведении и интеллектуальной деятельности. Часто наблюдаются вторичные осложнения СДВГ в виде девиантного, аддиктивного и делинквентного поведения. Сопутствующие расстройства поведения детей усиливаются в результате отсутствия своевременной диагностики, лечения и интервенции. Это обуславливает социальную значимость проблемы реализации прав детей на комплексную и системную поддержку со стороны государства. Целью исследования являлось изучение особенностей прав детей с СДВГ, предусмотренных в образовании и здравоохранении Англии и США, и механизмов их реализации. Основой для изучения опыта выступили нормативные и рекомендательные документы, рассмотренные в фокусе выделенных нами критериев. Также проведены аналогии с законодательством и опытом Республики Казахстан, которые позволили определить перспективные направления актуализации данной проблемы в нашей стране. Выявлено, что законодательства Англии и США предусматривают расширенные права детей с СДВГ в области здравоохранения и образования. Право детей на охрану здоровья реализуется благодаря разработанным механизмам диагностики и лечения, а в области образования за ними может быть закреплено право на реализацию специальных образовательных потребностей. В условиях недостаточного внимания к проблеме детей с СДВГ в Казахстане изученный опыт зарубежных стран имеет практическую значимость, а также очерчивает круг дальнейших научных исследований.

**Ключевые слова:** синдром дефицита внимания и гиперактивности, вторичные осложнения, права детей, руководства, специальные образовательные потребности.

Mustafina A.<sup>1</sup>, Amitov S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PhD doctorate, al-Farabi Kazakh National University, Kazakhstan, Almaty, e-mail: aigul\_m5@mail.ru

<sup>2</sup>Candidate of Sociological Sciences, associated professor, al-Farabi Kazakh National University,  
Kazakhstan, Almaty, e-mail: sultan\_amitov@mail.ru

**Foreign Experience in Realizing The Rights of Children  
with ADHD in Education and Public Health**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common forms of psychoneurological disorder among children. ADHD is expressed in the disorder of concentration, increased hyperactivity, impulsivity in social behavior and intellectual activity. Often there are secondary affection of ADHD in the form of deviant, addictive and delinquent behavior. Concomitant behavioral disorders of children are exacerbated by the lack of timely diagnosis, treatment and intervention. This causes the social importance of the problem of realizing the rights of children to comprehensive and systemic support from the state. The goal is to study the feature of rights of children with ADHD and implementation arrangements, which exist in England and USA. The basis of study were regulatory enactments and documents of recommendation which were had been considered with using our criterions. In addition, we made an analogy with legislation and experience of The Republic of Kazakhstan. These analogies

allowed us to determine the perspective directions of actualization of this problem in our country. We have found that the legislation of England and the United States provide for the expanded rights of children with ADHD in public health and education. The children's right to health protection is realized through the developed mechanisms of diagnosis and treatment, and in education they have the rights to special educational needs.

This experience of foreign countries is important for practice because in Kazakhstan not have necessary attention to the problem of children with ADHD. In addition, this experience helps to define the range of further scientific research.

**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, secondary affection, children's rights, guideline, special education needs.

Мустафина А.<sup>1</sup>, Амитов С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PhD докторанты, әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті,  
Қазақстан, Алматы қ., e-mail: aigul\_m5@mail.ru

<sup>2</sup>әлеуметтану ғ.к., әлеуметтану және әлеуметтік жұмыс кафедрасының доценті,  
әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: sultan\_amitov@mail.ru

### **Білім беру және денсаулық сақтаудағы ГЗЖС-ндағы балалардың құқықтарын жүзеге асырудың шетелдік тәжірибесі**

Гипербелсенділік және зейін жетіспеушілігінің синдромы (ГЗЖС) балалар арасындағы психохүйе бұзылысының ең кең тараған түрі болып табылады. ГЗЖС зейін шоғырлануының бұзылысымен, жоғары гипербелсенділікпен, әлеуметтік мінез-құлық және интеллектуалдық іс-әрекет ырықсыздығымен сипатталады. ГЗЖС екінші мәрте асқынуы девиантты, аддиктивті және деликвентті мінез-құлықтар түрінде жиі байқалады. Балалардың мінез-құлықтағы мұндай бұзылыстар қазіргі заманауи диагностиканың, емдеудің және интервенцияның болмауының нәтижесінде күшейеді. Бұл балалардың құқықтарын жүзеге асыру мәселесінің әлеуметтік маңыздылығын мемлекет тарапынан кешенді және жүйелі қолдау көрсету керектігін анықтайды.

Зерттеу мақсаты Англия және АҚШ-тың білім беру және денсаулық сақтау салаларында және оларды жүзеге асыру механизмдерінде қарастырылған ГЗЖС балалардың құқықтарының ерекшеліктерін оқып-меңгеру болып табылады. Тәжірибені зерттеудің негізі ретінде бізбен белгіленген критерийлер шеңберінде қарастырылған нормативті және ұсыныс құжаттары алынды. Сондай-ақ елімізде осы мәселені өзектендірудің перспективті бағыттарын анықтауға мүмкіндік беретін Қазақстан Республикасының заңнамасы мен тәжірибесінің ұқсастықтары келтірілді. Англия және АҚШ заңнамалары ГЗЖС балалары құқықтарын денсаулық сақтау және білім беру салаларында кеңінен қарайтындығы айқындалды. Денсаулық сақтауды қорғаудағы балалардың құқықтарын жүзеге асыру тәжірибесі диагностика және емдеуде өңделген механизмдер негізінде жүзеге асырылса, ал білім беру саласы бойынша арнайы білім беру қажеттіліктерін жүзеге асыру құқығы бекітілген. Қолдау көрсету кешені қалыптасқан интервенция механизмдеріне сүйене іске асады. Қазақстанда ГЗЖС балалар мәселесіне аса назар аудармаушылық жағдайында шетелдердің тәжірибелері тәжірибелік маңыздылығын айқындайды, сондай-ақ ғылыми зерттеудің әрі қарай өрбуін негіздейді.

**Түйін сөздер:** гипербелсенділік және зейін жетіспеушілік синдромы, екінші асқыну, бала құқығы, басшылық, арнайы білім беру қажеттілігі.

## **Введение**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является психоневрологическим расстройством. По данным международных исследований, распространенность СДВГ среди детей школьного возраста составляет 5-10%. В Казахстане распространенность СДВГ не изучена, в основном исследования касаются методов диагностики и оценки эффективности лекарственных препаратов (Алипбаева, 2013а:64).

Общепринятые симптомы включают в себя неорганизованную, нерегулируемую и чрезмерную активность, импульсивность и расторможен-

ность в общении. Характерна недостаточность познавательных функций, особенно внимания, а также специфические задержки моторного и языкового развития (Kumperscak, 2013:7).

В целом симптоматика СДВГ способствует снижению академической успеваемости и нарушению социальной адаптации детей, что ведет к возникновению вторичных осложнений, подробно описанных в научной литературе: личностные изменения, девиантное поведение, склонность к деликвентности и т.д. (Корнилова, 2017:91). Подтверждает это высокая распространенность СДВГ среди детей с алкогольной и наркотической зависимостью – 21,1%, совершивших

правонарушения – 12,7%, находящихся в специальных школах для детей с эмоциональными нарушениями – 42,3% (Garland, 2001:5).

При этом СДВГ чаще (более 50%) протекает параллельно с другими сопутствующими расстройствами: 35-50% – оппозиционно-вызывающее расстройство, 25% – расстройство поведения, 15% – депрессию, а 25% – повышенную тревожность (Kumperscak, 2013:8).

Взаимосвязь СДВГ и данных типов поведенческих расстройств подтверждает тот факт, что они равноценно увеличиваются от группы «нормы» к группе «риска» (Корнилова, 2017:96). Выявлена очень высокая распространенность СДВГ среди детей, проявляющих стойкую девиацию. Так, выявлено что среди воспитанников учреждений закрытого типа для подростков с девиантным поведением третья часть имеет СДВГ (Дашкина, 2005:12).

Наличие данного диагноза у детей (особенно в случае присутствия коморбидного расстройства) ведёт к негативным последствиям функционирования семьи. Родители испытывают высокий уровень стресса, в семьях обостряются конфликтные отношения, понижается родительская самооценка. Кроме того, родители часто находятся под влиянием стигматизации; симптомы СДВГ не одобряются и воспринимаются обществом как признаки «плохого воспитания» и «отсутствия дисциплины». Попытки родителей «контролировать» поведение ребенка приводят к циклам разочарования и деморализация (Ma, 2018:1).

Имеются последствия и экономического характера для семьи. Прямые последствия включают затраты на лечение, в том числе связанное с высоким уровнем травматичности детей в силу того, что ребенок с СДВГ часто не учитывает опасность ситуации и проявляет чрезмерно рискованное поведение. Выявлено, что в нидерландах в 7-11 раз прямые медицинские расходы на детей с СДВГ и проблемами поведения превосходят расходы на детей, не страдающих данным поведенческим расстройством (Roijen, 2007:323). Также экономическое положение семьи часто ухудшается в связи с потерей работы одного из родителей по причине сложностей воспитания детей с СДВГ.

В США отдельно выделяются экономические издержки школы, поскольку возрастает потребность в услугах специального образования; консультирования родителей; развитие индивидуальных образовательных программ (Matza, 2004:2).

Таким образом, проблема детей с СДВГ и их семей имеет серьезные социальные последствия и должна находиться в фокусе государства. Международная Конвенция о правах детей гласит, что государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами здравоохранения и средствами лечения, а также стремиться обеспечить обучение каждого ребенка в соответствии с его особенностями (Конвенция о правах ребенка, 1989).

Казахстан, ратифицировав Конвенцию, признает право ребенка на охрану здоровья и право на образование в соответствии с индивидуальными возможностями (Закон о правах ребенка в РК, 2002). Данные права детей с СДВГ должны обеспечиваться ранним диагностированием, эффективным лечением; комплексной интервенцией, индивидуальным подходом к обучению.

В настоящее время в Республике Казахстан регламентированы лишь диагностические симптомы и медикаментозное лечение СДВГ в организациях здравоохранения (Клинический протокол, разработанный Республиканским центром развития здравоохранения Министерства здравоохранения РК). Остаются без внимания проблемы организации дополнительных мер поддержки детей с СДВГ. Данное положение дел свидетельствует о недостаточном внимании в Казахстане к проблемам детей с СДВГ. В то время как в ряде зарубежных стран совсем иная ситуация, и существуют разработанные механизмы поддержки не только детей, а даже взрослых, страдающих данным расстройством.

Одними из передовых стран в данном направлении являются Англия и США. Именно Американской психиатрической ассоциацией разработана система диагностических критериев СДВГ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) и используемая в международной практике. В США, так же как и в Англии, за детьми с СДВГ закреплено право на признание особых образовательных потребностей.

Таким образом, сформулирована цель нашего исследования – *изучение особенностей прав детей с СДВГ, предусмотренных в образовании и здравоохранении Англии и США, и механизмов их реализации.*

#### Методология

Настоящее исследование структурировано вокруг исследовательского вопроса: *Какие права детей с СДВГ предусмотрены в системах образования и здравоохранения Англии и США?*

*Существуют ли разработанные механизмы их реализации?*

Выдвинуто утверждение, что законодательства Англии и США предусматривают дополнительные права детей с СДВГ в области здравоохранения и образования, а практика основана на разработанных механизмах их реализации.

Поиск нормативных и регламентирующих документов осуществлялся в двух основных направлениях: 1) обеспечение диагностики, лечения и интервенции, 2) поддержка в области образования.

Основными формами проанализированных документов являются руководства клинической практики, нормативные и рекомендательные документы в области образования. Дополнительно изучены информационные интернет-ресурсы Англии и США. Для полноты исследования проведена аналогия с существующим опытом в Республике Казахстан.

Для обеспечения систематического анализа существующих документов были разработаны критерии. В исследовании применены общелогические методы: анализ, синтез, обобщение, сравнение, и теоретические методы: анализ литературных источников, изучение и обобщение опыта.

### Результаты исследования

Права детей с СДВГ на раннюю диагностику, лечение и интервенцию

Обеспечение ранней диагностики СДВГ у детей позволяет повысить результативность лечения и предотвратить вторичные осложнения (Barkley, 2006:678). Разработанность и внедрение механизмов эффективной диагностики и лечения позволяют максимально реализовать право детей на охрану. В связи с этим нами выделен первый критерий анализа – наличие разработанного механизма диагностирования.

Доказано, что диагноз и лечение СДВГ во многом зависят от своевременного обращения родителей за медицинской помощью, их осведомленности и знаний о СДВГ. Кроме того, обнаружение зависит от уровня знаний о расстройстве специалистов образования и здравоохранения, непосредственно контактирующих с детьми (Cheung, 2015:2). Следующий критерий – *осведомлённость родителей и специалистов школы и первичной медицинской службы*, и логически связанный с ним критерий – *наличие информационных ресурсов* (в том числе содержащих интервенции, с доказанной эффективностью).

Общепризнанным является роль родительского участия. Среди психосоциальных подходов обучение родительскому поведению (parent behavior training) получило наибольшее внимание. Коррекция родительского поведения снижает симптоматику СДВГ и уменьшает проблемы, связанные с расстройством поведения ребенка: снижает стресс, улучшает навыки воспитания, повышает самооценку родительского воспитания (Ma, 2018:1). Это обусловило выделение значимого критерия – *обеспечение родительского участия и внедрение программы поддержки семей детей с СДВГ*.

Кроме того, особенность данного заболевания требует участия многодисциплинарных специалистов на всех этапах, от оценки возможного диагноза до оценки лечений и интервенций. Важно, *насколько разработана технология их взаимодействия*.

Используя выше перечисленные критерии, мы проанализированы руководства (guideline) клинической практики Англии и США. Руководства имеют разную структуру, содержание и объем, но в тоже время присутствуют общие аспекты и специфика содержания.

Необходимо отметить, что в Республике Казахстан отсутствует подобное руководство, альтернативой выступает клинический протокол, который имеет другой уровень обобщения и широту охваченных аспектов (таблица 1).

**Таблица 1** – Специфика механизма диагностики и лечения детей с СДВГ

Критерии	Казахстан	Англия	США
1) <i>Наличие разработанного механизма диагностирования</i>	Определена последовательность участия в диагностике медицинских работников	Разработана 4-ступенчатая модель диагностики с участием специалистов образования	Разработаны 10 шагов совместной оценки поведения ребенка (родитель-учитель-врач)

2) <i>Осведомлённость родителей, специалистов школ и первичной медицинской службы</i>	Не упоминается	Обозначены необходимые компетенции специалистов 4-х уровней	Обязательства работников первичной медицинской помощи информировать родителей на этапах диагностики и лечения
3) <i>Наличие информационных ресурсов (в том числе содержащих интервенции с доказанной эффективностью)</i>	Специализированные информационные ресурсы отсутствуют	Информационный веб-сайт - NNPCF ( <a href="http://www.nnpccf.org.uk/">http://www.nnpccf.org.uk/</a> )	Информационный веб-сайты – CHADD ( <a href="http://www.chadd.org/">http://www.chadd.org/</a> ), SAMHSA ( <a href="https://nrepp.samhsa.gov">https://nrepp.samhsa.gov</a> )
4) <i>Обеспечение родительского участия и внедрение программы поддержки семей детей с СДВГ</i>	Не регулируется	Обязательства врача – информирование родителей о СДВГ, стратегиях управления, проведение групповых программ обучения	Обязательства врача – информирование родителей о проблемах поведения, СДВГ, стратегиях управления поведением
5) <i>Налажено взаимодействие образовательных и медицинских учреждений</i>	Не упоминается	Обязательное участие специалистов здравоохранения в процедуре признания СОП детей с СДВГ	Алгоритм процесса лечения ADHD (родитель-ребенок-учитель-врач)

Необходимо отметить, что наиболее всестороннее руководство разработано в Англии. Предусмотрен механизм выявления СДВГ

у детей – 4 пошаговые ступени. Подробно описаны роль и компетенции специалистов (рисунок 1).



Рисунок 1 – Ступенчатая модель выявления СДВГ у детей в Англии

Подчеркивается необходимость базовых знаний о СДВГ для специалистов 1 уровня. Они должны уметь задавать ключевые вопросы для выяснения возможных симптомов и уровня нарушения. Именно от специалистов школ, здравоохранения во многом зависит получит ли ребенок соответствующую помощь (NICE,

2009:151-154). Международной некоммерческой ассоциацией «ADHD Europe», созданной в Европе для продвижения прав и защиты всех, кто страдает от СДВГ, проведено исследование в 19 европейских странах. По 5-балльной шкале лишь в 3 странах (Финляндия, Германия и Бельгия) уровень знаний учителей о СДВГ оце-

нивается на высший балл, а в ряде стран знания оценены как очень низкие (Clark, 2009:23).

Существование региональных служб СДВГ в Англии позволяет реализовать широкий спектр обязательств сотрудников во внедрении поддержки не только детей с СДВГ, но и их родителей. Специалисты здравоохранения обязаны: предоставлять людям СДВГ и их семьям соответствующую информацию о СДВГ (в том числе письменную) (пункт 1.1.2.2); собирать информацию и обсуждать с членами семьи любые проблемы, которые они испытывают, поощрять участие в группах самопомощи и поддержки (пункт 1.1.2.7); реализовывать групповые программы обучения родителей управлению детьми с нарушениями поведения (пункт 1.2.1.7); предвидеть значительные изменения в жизни (например, половое созревание, смена школы) и принимать соответствующие меры личной и социальной поддержки (NICE, 2018:4-7).

Особенностью данного руководства является и то, что оно ориентировано не только на клиницистов, но и представителей здравоохранения, социальных служб и образования, которые имеют прямой контакт и принимают решения относительно ухода за детьми, молодыми людьми и взрослыми с СДВГ.

Механизм диагностики СДВГ у детей в США основан на интеграции здравоохранения и образования. Американской академией педиатрии разработано руководство «Уход за детьми с СДВГ: набор средств для врачей» (Caring for Children With ADHD: A Resource Toolkit for Clinicians). Предусмотрено 10 шагов диагностики. Один из шагов включает сбор врачом информации от учителей ребенка. Учитель или учителя (если ребенок обучается в среднем или старшем звене) заполняют опросники для оценки проявления симптомов СДВГ в школе и направляют врачу по почте или факсу. При этом оценка проводится несколько раз в процессе лечения, чтобы отследить результативность (AAP, 2002:34-35).

Механизмы диагностики и лечения Англии и США реализуются в условиях наличия информационных ресурсов, которые полезны родителям и специалистам.

В США в 1987 году основана национальная некоммерческая организация Children and Adults With Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (CHADD), миссией которой является предоставление информации и поддержка лиц с СДВГ. CHADD не только координирует большую информационную площадку, но и активно

занимается защитой прав детей с СДВГ (AAP, 2011: 1009-1011).

Информационная поддержка также осуществляется управлением по сокращению злоупотребления психоактивными веществами и психических заболеваний (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Информационный ресурс управления предлагает реестр интервенций (в том числе для детей с СДВГ) с доказанной эффективностью, что является значимой поддержкой деятельности специалистов образования и здравоохранения.

Таким образом, механизм диагностики, лечения и интервенции для детей с СДВГ в Англии и США позволяет максимально скоординировать деятельность специалистов здравоохранения и образования.

### **Права детей с СДВГ в области образования**

Особенности симптоматики СДВГ способствуют возникновению академических трудностей. Затруднения в обучении происходят у 15-40% детей (Kumperscak, 2013:8). Классификация МКБ-10 выделяет ряд симптомов невнимательности, которые оказывают влияние на учебную деятельность ребенка. Например, дети с СДВГ часто с трудом сохраняют внимание при выполнении заданий, неспособны сосредотачивать внимание на деталях и допускают ошибки из-за невнимательности, испытывают сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности в целом (Завыденко, 2014:32). Наравне с нарушением внимания наблюдаются незрелости и других высших психических функций (Алипбаева, 2013б:62). Обычная продолжительность урока в общеобразовательных школах становится слишком большой для учащегося с СДВГ (Сёмина, 2015:223).

Сложности в обучении усиливают и симптомы гиперактивности в сочетании с импульсивностью. Биологической детерминантой СДВГ является недостаточная зрелость функции лобной коры полушарий головного мозга, функция которой состоит в общем контроле, регуляции и организации поведения. Одной из функций лобной коры является притормаживание некоторых импульсов. Развитие лобной коры здорового ребенка позволяет ему учиться контролировать свое поведение (Романчук, 2016:28). Именно нарушение импульс-контроля – это то, что наблюдают учителя в ежедневном общении с ребенком. Такой ребенок покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков), бегает туда-

сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (Завыденко, 2014:33). Как правило, такие дети являются нарушителями правил и требований, что приводит к социальной дезадаптации (Classi, 2012:2).

В связи с этим важно отношение учителей и всех школьных специалистов, основанное на четком понимании биологической природы такого ненормативного поведения. Возможно это в том случае, если будут признаны особые образовательные потребности детей с СДВГ. Важные критерии реализации права детей на образование с учетом индивидуальных возможностей – 1) *признание особых образовательных потребностей;*

2) *разработанность механизма их оценки и удовлетворения.* Кроме того, важно закрепление за детьми с СДВГ права на адаптацию учебного процесса с учетом специфики заболевания, которое позволит на практике снизить его негативное влияние на академическую успеваемость и социальную адаптацию.

В образовании Англии и США такая практика присутствует. За детьми с СДВГ закреплено право на признание особых образовательных потребностей. Специальное образовательное обеспечение выходит за рамки дифференцированных подходов обучения (DfE, 2016:17). В таблице 2 отражены основные особенности образования детей с данным расстройством.

Таблица 2 – Специфика обучения детей с СДВГ

Критерии	Казахстан	Англия	США
1) <i>Признание особых образовательных потребностей</i>	Признание особых образовательных потребностей не предусмотрено (только в случае сопутствующего заболевания)	В случае если дети с СДВГ имеют значительные сложности в обучении (по сравнению с большинством других учеников), то они могут быть отнесены к категории детей, имеющих специальные образовательные потребности.	В случае наиболее сложных нарушений концентрации, чтения и функций мозга присваивается статус «дети с ограниченными возможностями»
2) <i>Разработанность механизма оценки особых образовательных потребностей и их удовлетворения</i>		В случае повышенных трудностей в обучении – разработка плана поддержки «Education, Health and Care plan»	Регламентирована адаптация условий обучения, получения дополнительных образовательных услуг
3) <i>Наличие дополнительных прав на адаптацию учебного процесса</i>	Не предусмотрены	Право на изменение условий обучения: рабочей зоны, коррекцию режима работы, процедуры оценивания и т.д.	

Понятие «Special educational needs» – специальные образовательные потребности (СОП), используется в отношении детей и молодых людей (от 0 до 25 лет). Признается, что дети данной категории имеют значительно большую сложность в обучении, по сравнению с другими детьми того же возраста.

Дети с СДВГ относятся к категории с СОП, как дети, имеющие социальные, эмоциональные и умственные трудности. Для детей данной категории предусмотрена адаптация условий обучения (DfE, 2016:161-163).

В соответствии с руководствами Департамента образования Англии школы и колледжи должны иметь четкие процессы для поддерж-

ки детей. Предусмотрены обязанности школ по информированию соответствующих местных органов власти, если они идентифицируют ребенка, вероятно, имеющего СОП.

В особых случаях, когда наблюдаются повышенные сложности в обучении для детей с СОП, может разрабатываться и внедряться «Education, Health and Care plan» – План образования, здравоохранения и ухода.

Содержание планов предполагает наличие установленного минимума, они должны включать 12 разделов. Например, раздел С – потребности в повышении здоровья ребенка, связанные с их СОП, раздел D – потребности ребенка в социальной помощи, раздел F – спе-

циальные образовательные услуги, требуемые ребенку и т.д. (DfE, 2015:161-163).

Особую роль в реализации поддержки детей с СОП играет координатор специальных образовательных потребностей (SENCO – Special Educational Needs Co-ordinator), должность которого предусмотрена в школах Англии (DfE, 2015:88-89).

Нормативными документами предусмотрено право родителей запрашивать оценку потребностей их ребенка в реализации План образования. Кроме того, при разработке плана обязательно участие родителей и детей (DfE, 2014: 22-25).

Особую роль в реализации прав детей СОП играют родительские форумы поддержки. Как писалось ранее, в Англии создано более 150 подобных общественных организаций. Форумы родительской поддержки представляют собой репрезентативные местные группы родителей и опекунов детей, которые работают вместе с местными органами власти, образования, здравоохранения. Задачи форумов – участвовать в планировании реализации СОП, осуществлять контроль за их реализацией (DfE, 2015:22-23).

В США также предусмотрена возможность признания особых образовательных потребностей детей с СДВГ. В связи с поправками в Закон об американцах с инвалидностью (ADA Amendments Act of 2008) значительно расширено понятие «ограниченные возможности». К детям данной категории относятся те, кто имеет психические или физические нарушения, значительные ограничения жизненной активности. Закон о поправках расширил список примеров основных видов жизнедеятельности, добавив, среди прочего, концентрацию, чтение, и функции мозга, что и стало основанием для включения детей с СДВГ в категорию детей с ограниченными возможностями.

Важно отметить, что не всем детям с СДВГ присваивается данный статус, а только тем, которые имеют наиболее сложные нарушения концентрации, чтения, и функций мозга, оказывающих значительное влияние на академическую деятельность. Также как и в Англии, такие дети имеют право на получение специальных образовательных услуг (U.S. Department of Education, 2016:2-3).

Управлением гражданских прав Департамента образования США разработано Руководство «Students with ADHD and Section 504: A Resource Guide», определяющая права детей с СДВГ на специальные образовательные услуги и меха-

низмы их реализации. Руководство призвано обеспечить реализацию Закона об образовании с ограниченными возможностями (Individuals with Disabilities Education Improvement Act) и раздел 504 Закона о реабилитации (Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973).

Оценивают степень тяжести ограничения жизненной активности специалисты школы, задача которых идентифицировать учащихся, которые больше всего нуждаются в услугах. Эти обязанности специалистов школ часто называются «Поиск ребенка» (Child Find).

Но это не означает, что специалисты школы ставят диагноз, который должен устанавливаться группой специалистов-клиницистов. Задача школьных округов – оценить, насколько сложно для учащегося выполнять те или иные виды учебной деятельности. В случае обнаружения ограничений жизненной активности школьные специалисты должны провести предварительную оценку и направить ребенка на диагностику.

Отрицание или задержка проведения оценки ученика на наличие ограниченных возможностей считается нарушением обязательств раздела 504 Закона о реабилитации.

В случае признания ограниченных возможностей у детей с СДВГ создается четкий, подробный и индивидуализированный план раздела 504 (Section 504 Plan). Данный план содержит специальное образование и связанные с ним вспомогательные услуги и услуги, необходимые учащемуся.

Планы разрабатываются школами индивидуально, но они должны отражать действия по поддержке детей с СДВГ и устранению барьеров для учащегося.

Возможные компоненты адаптации условий образования для детей с СДВГ, которые могут быть включены в индивидуальный план раздела 504: 1) участие медицинского работника школы в администрировании приема лекарств; 2) обеспечение школьного консультирования детей и родителей; 3) инициирование частой связи с родителями; 4) создание программы коррекции поведения в школе / дома; 5) предоставление контрольного списка заданий для учащихся и родителей; 6) предписание физической активности; 7) изменение заданий и темпов обучения для детей с СДВГ (при необходимости); 8) изменение процедуры контроля учебных достижений; 9) изменение рабочей зоны студента; 10) право учащегося работать и отвечать в разных режимах (например, возможность стоять во время работы) и т.д. (U.S. Department of Education, 2016:100-103).

В Казахстане к категории детей с особыми образовательными потребностями относятся дети, испытывающие постоянные или временные трудности в получении образования, обусловленные здоровьем, нуждающиеся в специальных, общеобразовательных учебных программах и образовательных программах дополнительного образования (ст.1 Закона РК «Об образовании»). При этом Закон о социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями определяет их как детей с ограниченными возможностями, подтвержденными в установленном порядке. Иными словами, дети с СДВГ не относятся к данной категории и не относятся к субъектам инклюзивного образования. Какие-либо дополнительные права для таких детей не предусмотрены и подразумевается обучение их на общих основаниях в массовой школе.

### Обсуждение

Наше исследование показало, что в Англии и США четко обозначены функции специалистов здравоохранения и образования в обеспечении раннего диагностирования и лечения СДВГ. Это означает, что данными государствами предпринимаются максимальные усилия в реализации права детей с СДВГ на охрану здоровья.

Конечно, системы здравоохранения и образования Казахстана имеют определенные различия. Невозможно механически перенести представленные в результатах исследования модели. Но *необходимость подобного механизма очевидна.*

В этих странах поддержка детей с СДВГ реализуется при активном просвещении и информационной поддержке специалистов школ, организаций первичной медицинской помощи, родителей. Значимую роль играют общественные и некоммерческие организации. Это, конечно, в разы увеличивает шансы детей на то, что им своевременно будет поставлен диагноз и предоставлено соответствующее лечение. Кроме того, понимание природы СДВГ снижает дискриминацию и стигматизацию таких детей.

И здесь возникает закономерный вопрос: «Насколько в Казахстане родители, работники детских садов, школ, больниц осведомлены о природе и симптомах СДВГ?». В настоящее время в Казахстане нет специальных информационных ресурсов по проблемам СДВГ.

Организация SHADD, созданная в США в 1987 году, о которой мы упоминали выше, главную причину своего появления формулирует

как ответ на разочарование и чувство изоляции, испытываемое родителями и их детьми с СДВГ. Годы становления организации описываются как отсутствие компетентных организаций, к которым можно было обратиться за информацией, серьезными заблуждениями касательно природы и симптомов СДВГ.

Данная ситуация в Англии и США значительно изменилась благодаря ранним эпидемиологическим исследованиям, которые позволили оценить масштабность проблем, изучению негативного влияния СДВГ на развитие и поведение детей, позволившему оценить социальную значимость заболевания.

Практическим результатом данных исследований стало расширение прав детей с СДВГ, признание их прав на значительные изменения учебного процесса и дополнительные образовательные услуги.

К сожалению, подобные права не предусмотрены в Казахстане. Решением может стать внедрение опыта Англии, где выделяются две категории детей; первая – дети, имеющие специальные образовательные потребности, и вторая – дети с ограниченными возможностями. Подобная практика позволяет идентифицировать и поддерживать детей с менее серьезными нарушениями, но имеющими не менее серьезные последствия.

Изменение отношения к проблемам детей с СДВГ в Казахстане можно только при повышении внимания науки (*актуализация научных исследований СДВГ в ракурсе правовых, медицинских, социологических, психологических аспектов*), государственных структур и организаций образования и здравоохранения (*разработка научно-обоснованных рекомендаций, руководств и претворение их в жизнь*) и общества (*повышение внимания к проблемам детей и их семей*).

### Заключение

Результаты изучения опыта зарубежных стран позволяют подтвердить утверждение: *законодательства Англии и США предусматривают дополнительные права детей с СДВГ в области здравоохранения и образования, а практика основана на разработанных механизмах их реализации.* В целом можно отметить, что в этих странах большое внимание уделяется проблемам детей с данным диагнозом и их семьям.

Проведенное исследование имеет большое практическое значение. Представленные механизмы могут быть адаптированы к казахстанским реалиям, но адаптация опыта требует

изучение контекста, а значит в Казахстане необходимы исследования, позволяющие оценить: 1) распространенность СДВГ; 2) социальные и экономические последствия для детей и их семей; 3) проблемы диагностирования и лечения; 4) проблемы обучения и отношения общества. Очерченный круг перспективных исследований может рассматриваться в более широком аспекте – совершенствование инклюзивного образования в целом.

### Литература

- American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents // *Pediatrics*. – 2011 – №128(5). – P. 1007-1022. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
- American Academy of Pediatrics and National Initiative for Children's Healthcare Quality. *Caring for Children with ADHD: A Resource Toolkit for Clinicians*. Washington. 2002. – P.54
- Алипбаева С.Р., Бекболатова С.Б. Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого-медико-педагогической консультации // *Медицина*. – 2013 – №8. – С.64-66.
- Алипбаева С.Р. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии в условиях коррекционно-педагогического кабинета // *Медицина*, 2013. – №8. – С.61-63.
- Banerjee S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Rijeka: InTech. 2013. P. 314. <http://dx.doi.org/10.5772/50252>
- Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: The Guilford Press. 2006. – P.784.
- Cheung, K., Wong, I., Ip, P., Chan, P., Lin, C., Wong, L., & Chan, E. Experiences of adolescents and young adults with ADHD in Hong Kong: treatment services and clinical management // *BMC Psychiatry*. – 2015. – 15(1). – P.1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0478-x>
- Clark S. Diagnosis and Treatment of AD/HD in Europe Differences, Problems and Progress. Merelbeke ADHD-Europe. 2009. – P.32. [https://www.adhdeurope.eu/documents/20090513\\_Survey.pdf](https://www.adhdeurope.eu/documents/20090513_Survey.pdf)
- Classi P., Milton D., Ward S., Sarsour K., Johnston J. Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2012. – 6 (33). – P.1-8. <http://www.capmh.com/content/6/1/33>
- Дашкина, И.В. Медико-социальный статус воспитанников учреждений закрытого типа для подростков с девиантным поведением [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.07) / Дашкина Ирина Владимировна; Московская медицинская академия. – Москва, 2005. – 119 с.
- Department for Education. *Special educational needs and disability. A guide for parents and carers*. London. 2014. – P.59.
- Department for Education, Department for Health. *Special educational needs and disability code of practice: 0 to 25 years. Statutory guidance for organisations which work with and support children and young people who have special educational needs or disabilities*. London. 2015. – P.292.
- Department for Education. *Mental health and behavior in schools. Departmental advice for school staff*. London. 2016.- P. 51.
- Garland Ann F., Richard L. Hough, Kristen M., May Yeh, Patricia A. Wood, Gregory A. Aarons. Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths Across Five Sectors of Care // *Child adolescents psychiatry*. – 2001 – №4 (40). – P.409-418.
- Завыденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: новое в диагностике и лечении // *Журнал медико-биологических исследований*. – 2014. – №1. – С. 31-39.
- Закон Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» от 8 августа 2002 года N345.
- Закон Республики Казахстан «Об образовании» от 27 июля 2007 года № 319-III.
- Закон Республики Казахстан «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года N 343.
- Клинический протокол «Гиперкинетическое расстройство поведения». Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 239.
- Конвенция о правах ребенка. Нью-Йорк, 20 ноября 1989 г.
- Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д. Подростки групп риска. – 2-е изд, испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2017. – 337 с.
- Ma L.K., Xia L. Multifamily Therapy for Children with ADHD in Hong Kong: The Different Impacts on Fathers and Mothers // *Journal of Attention Disorders*. – 2018.-1(1). – P.1-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054718756195>
- Matza L., Paramore C., Prasad M. A review of the economic burden of ADHD // *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. – 2005. – 3(1). – P.1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-7547-3-5>
- Roijen L. Hakkaart-van, Zwirs W.C., Bouwmans C., Tan S.S., Schulpen T.W.J., Vlasveld L., Buitelaar J.K. Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD) // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2007. – 16 (1). P. 316-326. <http://10.1007/s00787-007-0603-6>
- Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. – Москва: Генезис, 2016. – 350с.
- Сёмина М.В., Чинчикова А.Н. Проблемы школьного обучения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // *Международный научный журнал*. – 2015. – №11. – С. 224-226.

The National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. –London, 2009. – P.374.

The National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London, 2018. – P.42.

The U.S. Department of Education, Office for Civil Rights. Guidelines for Educators and Administrators for Implementing Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973-Subpart D. Washington, 2010.- P.117.

The U.S. Department of Education, Office for Civil Rights. Students with ADHD and Section 504: A Resource Guide. Washington, 2016. – P.42.

## References

American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2654>

American Academy of Pediatrics and National Initiative for Children's Healthcare Quality. (2002). *Caring for Children with ADHD: A Resource Toolkit for Clinicians*. Washington.

Alipbaeva, S.R., Bekbolatova S.B. (2013a). Metody diagnostiki sindroma giperaktivnosti s defitsitom vnimaniya v usloviyakh psikhologo-mediko-pedagogicheskoy konsultatsii [Methods of diagnosis of attention deficit hyperactivity syndrome in conditions of psycho-medical and pedagogical consultation]. *Meditcina*, vol.8, pp.64-66.

Alipbaeva, S.R. (2013b). Lechenie giperaktivnosti s defitsitom vnimaniya u detey: otsenka effektivnosti razlichnykh metodov farmokoterapii v usloviyakh korrktsionno-pedagogicheskogo kabineta [Treatment of hyperactivity with attention deficit in children: evaluation of the effectiveness of various methods of pharmacotherapy in a corrective pedagogical cabinet]. *Meditcina*, vol.8, pp.61-63

Banerjee, S. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents (p. 314). *www.intechopen.com: In-Tech DTP team*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5772/50252>

Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York: The Guilford Press, p.784.

Cheung, K., Wong, I., Ip, P., Chan, P., Lin, C., Wong, L., & Chan, E. (2015). Experiences of adolescents and young adults with ADHD in Hong Kong: treatment services and clinical management. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0478-x>

Clark, S. (2009). Diagnosis and Treatment of AD/HD in Europe Differences, Problems and Progress (p. 32). *www.adhdeurope.eu: ADHD-Europe*. Retrieved from [https://www.adhdeurope.eu/documents/20090513\\_Survey.pdf](https://www.adhdeurope.eu/documents/20090513_Survey.pdf)

Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K., Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (33), 1-8. <http://www.capmh.com/content/6/1/33>

Dashkina I.V. (2005) Mediko-sotsialnyy status vospitanikov uchrezhdeniy zakrytogo tipa dlya podrostkov s deviantnym povedeniem [Medico-social status of pupils of closed institutions for adolescents with deviant behavior] [Text]: avto-ref. dis. na soisk. uchen. step. kand. med. nauk (14.00.07) / Dashkina Irina Vladimirovna; Moskovskaya meditsinskaya akademiya. Moskva, P.119.

Department for Education. (2014). *Special educational needs and disability A guide for parents and carers*. London.

Department for Education, Department for Health. (2015). *Special educational needs and disability code of practice: 0 to 25 years Statutory guidance for organisations which work with and support children and young people who have special educational needs or disabilities*. London.

Department for Education. (2016). *Mental health and behavior in schools Departmental advice for school staff*. London.

Garland, Ann F., Richard L. Hough, Kristen M., May Yeh, Patricia A. Wood, Gregory A. Aarons (2001). Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths Across Five Sectors of Care. *Child Adolesc. psychiatry*, 4 (40), pp.409-418.

Zavydenko, N.N. (2014). Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti: novoe v diagnostike i lechenii. *ZHurnal mediko-biologicheskikh issledovaniy* [Attention Deficit Hyperactivity Disorder: New in Diagnosis and Treatment // Journal of Biomedical Research]. 2014, P.31-39.

Zakon Respubliki Kazahstan «O pravah rebenka v Respublike Kazahstan» [The Law of the Republic of Kazakhstan «On the Rights of the Child in the Republic of Kazakhstan»] ot 8 avgusta 2002 goda N 345.

Zakon Respubliki Kazahstan «Ob obrazovanii» [The Law of the Republic of Kazakhstan On Education] ot 27 iyulya 2007 goda № 319-III.

Zakon Respubliki Kazahstan «O social'noj i mediko-pedagogicheskoy korrktsionnoj podderzhke detej s ogranichennymi vozmozhnostyami» [The Law of the Republic of Kazakhstan «On Social and Medico-Pedagogical Corrective Support for Children with Disabilities»]. 11 iyulya 2002 goda N 343.

Klinicheskij protokol «Giperkineticheskoe rasstrojstvo povedeniya» [Clinical protocol «Hyperkinetic behavior disorder»]. *Prilozhenie k prikazu Ministerstva zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan ot 7 aprelya 2010 goda № 239*.

Konvenciya o pravah rebenka. N'yu-Jork, 20 noyabrya 1989 g.

Kornilova, T. V., Grigorenko E. L., Smirnov S. D. *Podrostki grupp riska* [Adolescents at risk]. 2-e izd, ispr. i dop. Moskva: Izdatel'stvo YUrajt, 2017, P. 337.

Ma, L.K., Xia, L. (2018). Multifamily Therapy for Children with ADHD in Hong Kong: The Different Impacts on Fathers and Mothers. *Journal of Attention Disorders*, 1(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054718756195>

Matza, L., Paramore, C., & Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 3(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-7547-3-5>

Roijen, L. Hakkaart-van, Zwirs, W.C., Bouwmans, C., Tan, S.S., Schulpen, T.W.J., Vlasveld, L., Buitelaar, J.K. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16 (1), 316-326. DOI <http://10.1007/s00787-007-0603-6>

Romanchuk, O.I. (2016) *Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detej* [Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children]. Moskva: Genezis, p.350.

Syomina, M.V., CHinchikova A.N. (2015). Problemy shkol'nogo obucheniya detej s sindromom deficita vnimaniya i giperaktivnosti [The problems of school education for children with attention deficit hyperactivity disorder]. *Mezhdunarodnyj nauchnyj zhurnal*, vol.11, 224-226.

The National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. London.

The National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London.

The U.S. Department of Educations, Office for Civil Rights. (2010). Guidelines for Educators and Administrators for Implementing Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973-Subpart D. Washington.

The U.S. Department of Education, Office for Civil Rights. (2016). Students with ADHD and Section504: A Resource Guide. Washington.