

**«Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы»**

119049, Москва, 4-й Добрынинский пер. д. 1-9 тел. 8 (499) 236-2402; факс 8 (499) 236-2213; info@mdgkb.mosgorzdrav.ru

Я, нижеподписавшийся, врач-психотерапевт Неврологического отделения Консультативно-диагностического центра Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы **Пережогин Лев Олегович** – доктор медицинских наук (диплом ДДН № *** от 11 ноября 2011), доцент (диплом ДЦ № *** от 21 июля 2006 года), врач психиатр (сертификат специалиста А № ***, срок действия до 29 октября 2017 года), врач психотерапевт (сертификат специалиста РМА № ***, срок действия до 24 декабря 2015 года), стаж работы по специальности – 17 лет, в ответ на адвокатский запрос адвоката *** от *** года о состоянии психического здоровья М., *** года рождения, с согласия и в присутствии законного представителя (отца) несовершеннолетнего М. – К. произвел осмотр М., а также изучил представленные К. копии документов и составил настоящее

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

о состоянии психического здоровья несовершеннолетнего М. Адвокатом *** поставлены следующие вопросы: (1) страдает ли какими-либо психическими расстройствами М., *** г.? Если страдает, то какими? (2) каким образом перемещение несовершеннолетнего М., в том числе – временное, из семьи отца К. в семью матери М. может отразиться на психическом здоровье ребенка? (3) является ли психически благоприятным для несовершеннолетнего М. его выезд за границу, в том числе, временно, в семью матери М.? Адвокатом *** мне для ознакомления были переданы копии следующих документов (оценка подлинности документов не входит в компетенцию специалиста врача психиатра, психотерапевта): *перечисляются все документы, которые были представлены специалисту.*

Ранее – *** года – М. осматривался мной на базе Неврологического отделения Консультативно-диагностического центра Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы по заявлению и в присутствии законного представителя (отца) К. Тогда же К. мне было сообщено, что мать ребенка – М. проживает отдельно, за рубежом, всеми

вопросами здоровья сына занимается он, получить дополнительных сведений от матери возможности нет.

Из пояснений законного представителя М., данных медицинской документации, других документов известно следующее: *излагаются материалы дела...* До трех лет ребенок проживал с матерью во Владимире, а затем она отдала его на воспитание отцу. Сведения о раннем развитии ребенка, полученные от отца, скудные. Известно, что в первые дни после рождения ему была проведена операция грыжесечения под общим наркозом. В возрасте трех лет, когда ребенок переехал к отцу, обращала на себя внимание малопонятная речь, замкнутость, пугливость ребенка, он плохо знал цвета, путал названия животных, овощей и фруктов, с трудом шел на контакт с незнакомыми людьми, боялся ходить по дому. Умел одеваться, самостоятельно кушал. О себе говорил в 1 лице (**Комментарий специалиста:** *психическое развитие ребенка, обнаруживало, вероятно, отставание от возрастных показателей. В то же время бросается в глаза неравномерность развития – на фоне нормативных (ел сам) имеются задержанные (плохие знания овощей, животных) и опережающие (умел одеваться, говорил о себе в 1 лице) элементы развития. Подобные особенности характерны для задержки психического развития, обусловленной, преимущественно, неблагоприятными факторами среды, в данном случае, вероятно, педагогической запущенностью).*

Свидетель *** – воспитатель детского сада, который посещал М – оценивая его состояние в тот период, отметила, что ребенок в первое время «не справлялся с требованиями программы обучения... не мог спокойно заснуть во время тихого часа... был замкнут, заторможен», но иногда у него возникали эпизоды возбуждения, тогда он мог «бросаться стульями, ломал крышки парт». У ребенка наблюдалась «педагогическая запущенность, тяжелые дефекты речи», предполагалась «задержка психического развития» (ЗПР). (**Комментарий специалиста:** *в последнее время в отечественной психиатрической научной школе задержки психического развития рассматриваются как неглубокие формы умственной отсталости, см. например: Захаров Н. П. Задержка психического развития // Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов (под ред. Ю. С. Шевченко). М.: МИА, 2011. – С 436). Современные научные представления предполагают возможную обратимость ЗПР при благоприятных условиях развития, однако при неблагоприятных условиях они сохраняются на всю жизнь).* Как отмечала свидетель ***, когда мать отдала ребенка в семью отца, тот «постепенно выправился».

Со слов отца, он обращался за помощью в различные организации, в том числе – лечебно-профилактические учреждения.

Свидетель *** – специалист в области коррекционной педагогики – отметила, что впервые познакомилась с М. в начале *** года. При осмотре ей были отмечены «несбалансированность эмоций, гиперактивность, дефицит внимания, трудности произвольной организации деятельности и навыков самоконтроля, саморегуляции и планирования, амбидекстрия...нарушение звукопроизношения...общая моторная неловкость».

Сходные сведения содержатся и в данных медицинской документации: за период наблюдения в Научном центре здоровья детей РАМН врачом-неврологом канд. мед. наук *** у М отмечалась своеобразная динамика неврологического и психического состояния – в *** года (5 лет 8 месяцев) у ребенка на первый план выходили страхи, навязчивости, симптомы импульсивного, гиперактивного поведения с нарушением внимания, что было расценено как следствие «Синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» и парциального дефицита когнитивных функций. **(Комментарий специалиста: в отечественной клинической практике термин «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ), используемый, преимущественно, в США в рамках национальной классификации DSM-IV-TR, не применяется. Близким по клиническому значению является используемый в мировой практике (включая Россию) термин «Гиперкинетическое расстройство» - класс F (психические расстройства) МКБ-10, рубрика F 90. Принципиальным отличием этих диагностических категорий является взгляд на происхождение и лечение патологических состояний: СДВГ в США считается наследственным и потенциально неизлечимым состоянием, для паллиативной терапии используют амфетамины (в России запрещены, отнесены к наркотическим веществам); гиперкинетическое расстройство в понимании экспертов ВОЗ, является неспецифическим синдромом, как правило, резидуально-органического генеза, который успешно лечится с применением ноотропных и нейропротективных препаратов, подобного мнения придерживаются большинство отечественных специалистов – см. например фундаментальный доклад РАМН - Баранов А. А., Белоусов Ю. Б., Бочков Н. П., Ваганов Н. Н., Дмитриева Т. Б., Краснов В. Н., Петрухин А. С., Покровский В. И., Тиганов А. С., Григоренко Е. Л., Заваденко Н. Н., Пережогин Л. О. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи. Экспертный доклад. М.: САФ-Россия, 2007. – 64 с.)**

В *** года (8 лет 4 месяца) у М на первый план выходила раздражительность, упрямство, высокая утомляемость, ночные страхи, резкие перепады настроения. Отмечался парциальный дефицит когнитивных функций. **(Комментарий специалиста: состояние менялось от резидуально-органической сим-**

птоматики в сторону преобладания аффективной патологии невротического регистра, что, вероятнее всего, было реакцией на трудности обучения в школе, тяжелую интеллектуальную и эмоциональную нагрузку (ребенок осмотрен в конце 3-й четверти, наиболее тяжелый отрезок учебного года), что свидетельствует в пользу склонности к расстройствам адаптации. Назначенная ноотропная и анксиолитическая терапия в совокупности с семейной психотерапией привела к описанному выше улучшению состояния).

К началу обучения в 1 классе у М отмечалась существенная позитивная динамика. В *** года, по словам свидетеля *** «мальчик был полностью готов к обучению в 1 классе массовой школы... качественно улучшилось состояние его психических функций, речи и социальных навыков».

Свидетель *** – учитель М – сообщила, что учит М с 1 сентября *** года. Ребенок пришел в школу подготовленным, умел читать... его успеваемость была хорошая... мальчик дружил со всем классом... рос добрым, неконфликтным, объем его знаний превышал школьную программу. Со слов *** мама М. школу никогда не посещала, в школу всегда ходили отец – К., бабушка и дедушка по линии отца. Нарушений развития, грубых отклонений в поведении у М. свидетелем не отмечено.

Как следует из психолого-педагогического заключения, подписанного специалистами ГБОУ ЦПМСС «***», М. получал там комплексную психолого-педагогическую коррекционную помощь в *** гг. и с *** года. Отмечено последовательное улучшение произвольной регуляции деятельности, стабилизация эмоциональной сферы. *(Комментарий специалиста: таким образом, с *** по *** годы на фоне проводимой врачом-неврологом последовательной ноотропной, нейропротективной, анксиолитической терапии, на фоне психотерапии и психокоррекции, логопедических и дефектологических занятий в состоянии М. стала прослеживаться положительная динамика – снижение утомляемости и истощаемости, нивелирование острых вспышек агрессии, снижение частоты и глубины аффективных колебаний, снижение когнитивного дефицита (научился читать), приобретение объема знаний и навыков в соответствии с возрастом, приобретение достаточного уровня навыков социального взаимодействия, исправление речевых дефектов. Указанная динамика подкреплялась условиями воспитания ребенка в неполной (без матери), но социально гармонично функционирующей семье (бабушка, дедушка, отец, ребенок))*

В письме директора Центра образования № *** К. от *** года также было отмечено, что семья, в которой воспитывается М. по сути, полная: «в воспитании М. принимают участие (кроме отца) – дедушка и бабушка, замечаний по

исполнению родительских обязанностей в отношении К. нет ... поведение ребенка хорошее, успеваемость удовлетворительная». Подчеркнуто, что М. родительских собраний не посещала, постоянной связи с учителями своего сына не поддерживала.

*** года М был осмотрен мной на базе Неврологического отделения Консультативно-диагностического центра Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы. Отец ребенка предъявлял жалобы на ранние пробуждения, трудности засыпания, моторную гиперактивность, колебания настроения. Психическое состояние ребенка характеризовалось следующими особенностями – ребенок шел на контакт, речь была правильная, с небольшим словарным запасом, отвечал односложно, кратко (**Комментарий специалиста:** *ребенок обнаруживает трудности адаптации к новой обстановке, к незнакомому ему врачу?*). На момент осмотра ребенок жалоб не предъявлял, сообщил, что раньше «чего-то боялся... слышал какие-то голоса... ему казалось, что за ним кто-то наблюдает», отрицал все эти феномены в настоящее время (**Комментарий специалиста:** *сообщенная ребенком симптоматика с высокой вероятностью указывает на перенесенный в прошлом психотический эпизод. Установить характер, продолжительность и нозологическую принадлежность перенесенного эпизода в настоящий период затруднительно ввиду отсутствия объективных данных*). При исследовании мышления справлялся с операциями исключения, обобщение осуществлял на категориальном уровне, периодически – с опорой на латентные признаки (например, в группе «шум-гром-град-грохот» верно выделил град (явление природы, все остальное – описание шума), но пояснил, что выделил его оттого, что он звучит «не так шумно». В тесте на поиск аналогий допустил несколько странных ошибок (например – волк:пасть; птица:? – указал «воздух» (правильно – «клюв»), объяснить свой выбор не смог). Эмоциональные реакции отличались маловыразительностью. Дать самому себе характеристику затруднился. Интеллект и память были сохранены. Бросались в глаза личностные особенности ребенка: замкнутость, невнимательность, отстраненность. Планы на будущее носили малореалистичный и вычурный характер: высказывал желание стать полицейским, потому что ему «нравятся игры-стрелялки». Обнаруживал выраженные инфантильные черты. В ходе беседы показал себя утомляемым, истощаемым, неусидчивым, импульсивным. Предварительно было диагностировано психическое расстройство – остаточные явления органического поражения ЦНС, вероятно, раннего генеза (F 06.8 по МКБ-10), с целью верификации диагноза рекомендована консультация патопсихолога, проведение ЭЭГ, консультация невролога.

В конце осмотра отцом было сообщено о наличии в семье психотравмирующей ситуации – со слов К., биологическая мать ребенка, постоянно проживающая в другой стране, потребовала передать ей сына на воспитание. Со слов К. ребенок боится матери ввиду особенностей ее характера (в письме заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением ДГКБ № *** К. говорится, что, «М. применяла нестандартные способы психологического воздействия с угрозами в адрес врачей и медсестер...проявляла настырность, истерию, агрессию, провоцировала медперсонал на ответные действия», ее поведение носило характер «агрессивного и неадекватного»).

В *** года (9 лет 7 месяцев) ребенок снова был осмотрен врачом-неврологом к.м.н. *** в НЦЗД РАМН: в состоянии ребенка отмечалась позитивная динамика – на первый план выходила астеническая и невротическая симптоматика – утомляемость, колебания настроения, импульсивность, навязчивые движения, что отражено в смене ведущего диагноза на «астено-невротический синдром» при вполне обоснованном сохранении направления в терапии с преобладанием ноотропных средств.

При повторном осмотре 5 июля 2013 года ребенок был хорошо доступен контакту, речь стала более свободной и насыщенной словами и оборотами. При направленной беседе для диагностики мышления мыслительных нарушений, диагностируемых по речи, выявлено не было. Эмоциональные реакции были живые, фон настроения был ровный. Иных существенных изменений в состоянии не было. Обращала на себя внимание общая положительная динамика состояния ребенка (*Комментарий специалиста: состояние ребенка претерпело динамику вследствие снижения остроты психической травмы? Вследствие адаптации к специалисту и условиям приема?*). Установлен диагноз: «Остаточные явления органического поражения ЦНС раннего генеза (F 06.8 по МКБ-10). Субкомпенсация. Психический инфантилизм. Астено-невротический синдром (F 48.8 по МКБ-10)».

На основании вышеизложенного прихожу к следующему заключению:

1. М, *** г. рождения, страдает психическим расстройством, а именно – обнаруживает остаточные явления органического поражения ЦНС раннего генеза (F 06.8 по МКБ-10) в стадии субкомпенсации, психический инфантилизм, астено-невротический синдром (F 48.8 по МКБ-10). Данное психическое расстройство носит полиэтиологический характер (т.е. вызвано несколькими причинами) – формирование психического инфантилизма носит конституциональный характер, вызвано совокупностью индивидуальных наследственных предрасположений и влияния окружающей среды,

преимущественно – депривационных на ранних этапах психического развития; остаточные явления органического поражения ЦНС носят ранний, перинатальный характер, вызваны, вероятно, неблагоприятным течением беременности и родов; проводимое лечение ребенка позволило его постоянно достигнуть уровня субкомпенсации; при наличии соответствующей последовательности в лечении, уходе, обеспечении психического развития ребенка существует высокая вероятность его полного излечения; астено-невротический синдром – реакция организма ребенка на психотравмирующую ситуацию – угрозу разлуки с близкими (в письме и.о. начальника Управления Социальной защиты населения г. Москвы Е. В. Морозовой мировому судье отмечено, что «М. очень привязан к отцу, бабушке и дедушке, у ребенка дружеские отношения с одноклассниками и другими детьми во дворе», указано, что в разговоре со специалистами службы ребенок высказывал опасения и страх, что мама его украдет, поскольку не раз слышал от нее такие угрозы) и передачи на воспитание малознакомой ему и эмоционально негативно воспринимаемой биологической матери.

2. Перемещение М. в том числе временное, из семьи отца в семью матери вне всякого сомнения отразится на психическом состоянии ребенка. Степень негативного воздействия на его психическое состояние может быть различной – от развития более глубоких, но преодолимых, невротических реакций (реакции разлуки, реакции на стресс, расстройства адаптации), до острых психотических расстройств реактивного (т.е. вызванного стрессом) характера и депрессивных реактивных расстройств, сопровождающихся, в том числе, суицидальным поведением. Имеющиеся в анамнезе указания на перенесенный М. в раннем детстве психотический эпизод неясного генеза позволяет предполагать, что реагирование ребенка на помещение в чужую семью (малознакомая и негативно воспринимаемая на эмоциональном уровне биологическая мать и совершенно незнакомый ее супруг) в чуждой ребенку языковой и социокультурной среде (другая страна) будет сопровождаться в силу исходной уязвимости его психики самыми грубыми формами реактивной психической патологии, и не исключено, что приведет к манифестации хронического психического расстройства.
3. Ответ на третий вопрос содержится в формулировке ответа на вопрос 2.

Специалист:
Врач психиатр, психотерапевт,
доктор медицинских наук, доцент

Л. О. Пережогин